

Oggetto: **accettazione incarico di PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**

Il sottoscritto ..... nato a .....  
il ..... residente a .....  
via ..... n. .... Cell .....

**dichiara**

di non poter partecipare alla convocazione del \_\_\_\_\_ ed esprime la propria disponibilità all'accettazione di incarico a tempo indeterminato di **Pediatria di libera scelta** secondo il seguente ordine di priorità (riportare per intero la descrizione dell'ambito e obbligatoriamente del vincolo se presente):

Asl Toscana ..... Ambito di.....vincolo.....  
Asl Toscana ..... Ambito di.....vincolo.....

Dichiara inoltre di essere in possesso dei requisiti indicati nell'avviso pubblicato sul **B.U.R.T. n. 15 parte terza del 10.04.2024**, di prendere atto che la mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico, e che:

➡ in caso di accettazione mediante posta elettronica certificata con indicazione dell'ordine di priorità tra gli ambiti territoriali carenti per i quali abbia presentato domanda, **al pediatra sarà attribuito il primo**



Staff Direzione Amministrativa  
SOC Pediatri di famiglia e  
Specialisti ambulatoriali  
Via di San Salvi, 12  
Villa Fabbri - Firenze

**incarico disponibile tra quelli sopra indicati senza ulteriori contatti da parte degli uffici aziendali.**

Il pediatra che accetta l'incarico non può partecipare all'assegnazione di incarichi pubblicati nel corso dello stesso anno (art. 32 comma 15 A.C.N. Pediatria 28.04.2022). Entro 7 giorni dall'accettazione dovrà rilasciare dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica e copia delle avvenute dimissioni se medico dipendente.

Si allegano:

- Autocertificazione informativa
- Fotocopia di documento di identità

Data .....

Firma .....

Azienda USL Toscana centro



Staff Direzione Amministrativa  
SOC Pediatri di famiglia e  
Specialisti ambulatoriali  
Via di San Salvi, 12  
Villa Fabbri - Firenze