

All' Azienda USL Toscana Centro
Pec: personaleconvenzionato@postacert.toscana.it

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 Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta secondo il seguente ordine di priorità, consapevole che sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati (riportare per intero la descrizione per esteso dell'ambito e la lettera ad esso corrispondente):

Asl Toscana Ambito di
Asl Toscana Ambito di
Asl Toscana Ambito di
Asl Toscana Ambito di
Asl Toscana Ambito di
Asl Toscana Ambito di
Asl Toscana Ambito di
Asl Toscana Ambito di

Prendo atto

- di essere a conoscenza che l'incarico di Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta viene conferito dalla Azienda USL prescelta titolare del rapporto di lavoro, con provvedimento formale condizionato al possesso dei requisiti di cui all'art. 33, comma 4, A.C.N. del 28/04/2022, entro i 90gg successivi al ricevimento della comunicazione del conferimento dell'incarico da parte dell'Azienda stessa (o entro 30gg ai sensi di quanto previsto dal comma 6 del sopra richiamato art. 33);
- di essere a conoscenza che eventuali situazioni di incompatibilità dovranno comunque cessare all'atto del definitivo conferimento dell'incarico.

Sono consapevole che, ai sensi dell'art. 33, comma 4, dell'ACN 28/04/2022, per la durata del corso di formazione, le Aziende conferiscono un incarico temporaneo ai medici di cui all'art. 9, comma 1, DL 135/2018 convertito con modificazioni dalla L. 12/2019 o a quelli di cui all'art. 12, comma 3, DL 35/2019 convertito con modificazioni dalla L. 60/2019.

Sono altresì consapevole che ai medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale può essere attribuito un solo incarico di convenzionamento con il Servizio Sanitario Nazionale.

Si allegano:

- Autocertificazione informativa
- Fotocopia di documento di identità

Data

Firma

Azienda USL Toscana centro



Staff Direzione Amministrativa
SOC Organizzazione medicina a
ciclo di fiducia