

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

Azienda USL Toscana centro



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 rapporto orario secondo il seguente ordine di priorità:

Asl Toscana _____ Zona Distretto _____
Asl Toscana _____ Zona Distretto _____

Prendo atto

- di essere a conoscenza che l'incarico di Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a rapporto orario 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;
- 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.

Staff Direzione Amministrativa

SOC Organizzazione medicina a ciclo di fiducia

Si allegano:

- Autocertificazione informativa
- Fotocopia di documento di identità

Data

Firma