

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

Il sottoscritto nato a
il residente a
via n. Cell

dichiara

di non poter partecipare alla convocazione del **14.02.2025** ed esprime la propria disponibilità all'accettazione di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria di Pediatria di Libera scelta secondo il seguente ordine di priorità (riportare per intero la descrizione dell'ambito e obbligatoriamente dell'eventuale vincolo):

Asl Toscana Ambito divincolo.....
Asl Toscana Ambito divincolo.....
Asl Toscana Ambito divincolo.....
Asl Toscana Ambito divincolo.....
Asl Toscana Ambito divincolo.....

Dichiara inoltre di essere in possesso dei requisiti indicati nell'avviso pubblicato sul **BURT n. 50 parte terza del 11.12.2024**, e di prendere atto che il pediatra che accetta per trasferimento **decade dall'incarico di provenienza, ambito:**

.....

fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 23, comma 1, lettera a). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza (A.C.N. 28.04.2022 art. 32 comma 16).

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
Via di San Salvi, 12
Villa Fabbri - Firenze