

Azienda USL Toscana Centro

Pec: personaleconvenzionato@postacert.toscana.it

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 **16.09.2025** 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.....

Dichiara inoltre di essere in possesso dei requisiti indicati nell'avviso pubblicato sul **BURT n. 25 parte terza del 18.06.2025**, 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. 25.07.2024 art. 32 comma 15).

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