

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 ____ **settembre 2025** 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 **BURT n. 25 parte terza del 18.06.2025**, 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 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 14 A.C.N. Pediatria 25.07.2024). 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 Organizzazione medicina a
ciclo di fiducia
Via di San Salvi, 12
Villa Fabbri - Firenze