

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

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 **16.02.2026** 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 divincolo.....
Asl Toscana Ambito divincolo.....
Asl Toscana Ambito divincolo.....
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 10.12.2025**, 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