

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 **03.07.2026** 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. 17 parte terza del 29.04.2026**, 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) A.C.N. 18.03.2026. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza (art. 32 comma 15 A.C.N. 18.03.2026).

Si allegano:

- Autocertificazione informativa
- Fotocopia di documento di identità

Data

Firma