

MODULO DA INVIARE PER PEC
da parte dei pediatri che hanno presentato domanda all'avviso
(inderogabilmente entro le ore 14:00 di lunedì 7 settembre 2026)

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta del 18 marzo 2026

Dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico a tempo indeterminato
di Pediatria di libera scelta - anno 2026

INVIO PEC

Spett.le
ATS Liguria - Area Sociosanitaria Locale 5
S.C. Processi Amministrativi Ospedale e Territorio
Pec: protocollo@pec.atsliguria.it

Il/La sottoscritto/a Dr. _____ nato/a a _____ prov. ____ il
_____ M ☐ F ☐ codice fiscale _____ residente a _____
prov. _____ Via _____ n. _____ cap _____
tel/cell _____, indirizzo di PEC _____
indirizzo e-mail _____

comunica di essere oggettivamente impossibilitato/a sia a presentarsi sia a partecipare in modalità telematica alla riunione di **martedì 8 settembre 2026 - alle ore 10:30** - relativa alle **procedure di assegnazione** degli ambiti territoriali carenti di **Pediatria di libera scelta**, di cui all'avviso pubblicato nel BURL n. 28, parte II, del 15 luglio 2026 e sul sito della Regione Liguria e, pertanto, secondo quanto previsto dall'articolo 32, comma 14, dell'Accordo Collettivo Nazionale della Pediatria di libera scelta del 18 marzo 2026,

DICHIARA

- **la propria disponibilità all'accettazione di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta, secondo il seguente ordine di priorità** tra gli ambiti territoriali carenti indicati nella domanda di partecipazione, presentata ai sensi della ☐ lettera b) - ☐ lettera c) - ☐ lettera d) - ☐ lettera e) dell'avviso:

Ordine di priorità accettazione incarico pediatria di libera scelta				
<i>(in caso di partecipazione all'assegnazione di incarichi relativi ad una sola Area Sociosanitaria Locale, indicare gli stessi in ordine di priorità, riportando i relativi numeri dei codici identificativi. In caso di partecipazione all'assegnazione di incarichi relativi a più Aree Sociosanitarie Locali, indicare in ordine di priorità le Aree e per ciascuna i relativi incarichi vacanti per i quali concorre, riportando i relativi numeri dei codici identificativi)</i>				
ordine priorità aree	ATS Liguria	Codici identificativi incarichi Area Sociosanitaria Locale		
1[^]	Area Sociosanitaria Locale _____	1° n. _____	2° n. _____	3° n. _____
2[^]	Area Sociosanitaria Locale _____	1° n. _____	2° n. _____	3° n. _____

3 [^]	Area Sociosanitaria Locale _____	1° n. _____	2° n. _____	3° n. _____

- **di aver preso visione** di quanto riportato nella convocazione e di essere a conoscenza che:
- gli/le sarà attribuito l’incarico relativo al primo ambito territoriale carente disponibile tra quelli sopra indicati;
 - la mancata indicazione delle priorità nella presente dichiarazione comporterà l’assegnazione dell’incarico relativo al primo ambito territoriale disponibile secondo l’ordine riportato nella domanda di partecipazione nel rispetto della posizione nella/e graduatoria/e aziendale/i;
 - non verranno presi in considerazione eventuali ambiti territoriali carenti indicati nella presente dichiarazione non menzionati nella domanda di partecipazione.

Prende atto che ogni successiva comunicazione in merito verrà trasmessa a cura dell’Area Sociosanitaria Locale 5 di ATS Liguria all’indirizzo di PEC sopra indicato.

Allega alla presente:

1. Allegato L “Dichiarazione informativa”;
2. ☐ Fotocopia fronte/retro di documento di identità in corso di validità.

Data _____ firma per esteso _____ (1)

(1) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la domanda è corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.