

Da riportare nel testo della e-mail di accettazione

**Dichiarazione di accettazione di
Incarico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato**

Spett.le
Azienda _____

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

DICHIARA

di accettare l'incarico:

- a tempo indeterminato ai sensi ACN MMG 28/04/2022**
 per trasferimento per graduatoria in possesso del titolo di formazione
- temporaneo ai sensi ACN MMG 28/04/2022,**
(frequentante il corso formazione specifica in medicina generale),
ai sensi del Decreto Semplificazioni Decreto Calabria
- a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 1, commi 272 e 273, della legge 30/12/2021, n. 234**

Allega alla presente:

1. Allegato L "Dichiarazione informativa";
2. fotocopia fronte/retro di documento di identità in corso di validità.

Prende atto che ogni comunicazione relativa al conferimento del suddetto incarico verrà trasmessa a cura della Azienda di interesse.

firmato _____