



Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

a seguito dell'accettazione dell'incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta in esito alla procedura di ricambio generazionale (APP)

**DICHIARA**

di impegnarsi irrevocabilmente a svolgere la propria attività convenzionale in misura pari al \_\_\_\_\_% (*corrispondente alla quota di riduzione del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta titolare*);

**I PREDETTI DICHIARANO**

di definire di comune accordo la ripartizione degli oneri e delle spese inerenti l'attività convenzionale di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, sollevando l'Azienda da qualsiasi responsabilità in merito.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Ai fini della validità la dichiarazione deve essere sottoscritta dagli interessati e inviata insieme alla copia fotostatica di un valido documento d'identità dei dichiaranti.