

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.