

Allegato 1 Avviso di cui alla Deliberazione n. 251 del 20/3/2026

Spett.le ATSL
c/o Area 1
PEC: protocollo@pec.atsliguria.it

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO
AI SENSI DELL'ART. 31, COMMA 3, ACN MMG
(DA INVIARE ESCLUSIVAMENTE ENTRO IL 27/3/2026)**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO AI SENSI DELL'ART. 31 COMMA 3, ACN MMG PER INCARICHI VACANTI DI RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA RISERVATO AI MEDICI CON INCARICO A TEMPO INDETERMINATO DI RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA E/O A RAPPORTO ORARIO

Il/La sottoscritto/a.....
Nato/a.....il.....Residente in.....
Via/Piazza.....n.....
Tel/cell.....e-mail.....
PEC.....

Ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, di falsità negli atti e di uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, e consapevole delle decadenze dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimenti adottati sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- 1) di aver conseguito il diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____;
- 2) Di essere:
titolare di incarico di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta presso Codesta Azienda nel Distretto _____ ambito _____ Comune di _____ a far data dal _____, individuato come carente con delibera aziendale n. _____, del _____ e pubblicato con il presente avviso con codice identificativo n. _____,
e
titolare di concomitante incarico di ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario di 24 ore settimanali presso l'Azienda _____ della Regione _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 31, comma 3 dell'ACN MMG

il completamento dell'impegno settimanale fino al massimale di cui all'articolo 38, comma 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG, al fine della riconduzione presso Codesta Azienda, nel sopra indicato Distretto _____ ambito _____ Comune di _____ carente, dei rapporti convenzionali sopra indicati, con contestuale passaggio al ruolo unico di assistenza primaria (RUAP).

Allega: fotocopia fronte/retro di documento d'identità in corso di validità.

Data.....

Firma.....