

Allegato 2A 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. 32, COMMA 8
A.C.N. MMG PER INCARICHI VACANTI DI RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
RISERVATO AI MEDICI CON INCARICO A TEMPO INDETERMINATO DI ASSISTENZA
PRIMARIA A CICLO DI SCELTA O A RAPPORTO ORARIO (DA INVIARE
ESCLUSIVAMENTE ENTRO IL 27/3/2026)**

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

- di aver conseguito il diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____
in data _____ con voto _____;
- di essere titolare di:

A ☐ incarico a tempo indeterminato 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 _____ pubblicato con il presente avviso con codice identificativo
n. _____.

- ☐ di essere stato/a precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di
assistenza primaria a ciclo di scelta, presso Codesta Azienda:
- | | | | | |
|-----------|----------|-----------------|--------------|--------------|
| dal _____ | al _____ | Distretto _____ | ambito _____ | Comune _____ |
| dal _____ | al _____ | Distretto _____ | ambito _____ | Comune _____ |
| dal _____ | al _____ | Distretto _____ | ambito _____ | Comune _____ |

con anzianità complessiva di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta / assistenza primaria
pari a mesi _____, detratti i periodi di sospensione dall'incarico di cui all'art. 22 comma 1 dell'ACN MMG
di seguito indicati:

dal _____	al _____	Distretto _____	ambito _____	Comune _____
dal _____	al _____	Distretto _____	ambito _____	Comune _____
dal _____	al _____	Distretto _____	ambito _____	Comune _____

B ☐ di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario a 24 ore settimanali presso Codesta Azienda, nel Distretto _____ ambito _____ Comune di _____, a far data dal _____, individuato come carente con delibera aziendale n. _____ del _____ pubblicato con il presente avviso con codice identificativo n. _____

☐ di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario, presso Codesta Azienda:

dal _____ al _____ Distretto _____ ambito _____ Comune _____
dal _____ al _____ Distretto _____ ambito _____ Comune _____
dal _____ al _____ Distretto _____ ambito _____ Comune _____

con anzianità complessiva pari a mesi _____, detratti i periodi di sospensione dall'incarico di cui all'art. 22, comma 1 dell'ACN MMG 04/04/2024 di seguito indicati:

dal _____ al _____ Distretto _____ ambito _____ Comune _____
dal _____ al _____ Distretto _____ ambito _____ Comune _____
dal _____ al _____ Distretto _____ ambito _____ Comune _____

CHIEDE
ai sensi dell'art. 32, comma 8 dell'ACN MMG

☐ in quanto titolare di incarico a tempo indeterminato di APS di cui al punto A, l'assegnazione dell'incarico di ruolo unico di assistenza primaria (RUAP) nel sopra indicato Distretto _____ ambito _____ Comune di _____ carente, mediante il completamento dell'impegno settimanale con attività a rapporto orario, come disciplinato dall'art. 38, comma 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG, con modulazione dell'attività oraria rispetto al carico assistenziale;

☐ in quanto titolare di incarico a tempo indeterminato di APO di cui al punto B, l'assegnazione dell'incarico di ruolo unico di assistenza primaria (RUAP) nel sopra indicato Distretto _____ ambito _____ Comune di _____ carente, mediante il completamento dell'incarico fino a 38 ore settimanali, con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico, nel limite del massimale orario/scelte di cui all'articolo 38, comma 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG, con modulazione dell'attività oraria rispetto al carico assistenziale.

Prende atto che l'incarico a tempo indeterminato di ruolo unico di assistenza primaria comporta il contestuale svolgimento di attività a rapporto orario e a ciclo di scelta, così come disposto dall'art 38, comma 1 dell'ACN MMG.

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

Data.....

Firma.....