

Spett.le ASL 5 S.S.R.L.  
Indirizzo: Via Fazio n. 30 (SP)  
PEC:  
protocollo.generale@pec.asl5.liguria.it

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO AI SENSI DELL'ARTICOLO 32, COMMA 8, DELL'ACN MMG 04/04/2024  
(DA INVIARE ESCLUSIVAMENTE ENTRO IL 24/02/2025)**

Oppure:

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO AI SENSI DELL'ARTICOLO 32, COMMA 8 DELL'ACN MMG 04/04/2024 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 24/02/2025)**

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 Deliberazione 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'articolo 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 \_\_\_\_\_

**B**  di essere titolare di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario a n. 24 ore settimanali presso Codesta Azienda, nel Distretto \_\_\_\_\_ ambito \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_, a far data dal \_\_\_\_\_, individuato come carente con Deliberazione 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'articolo 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'articolo 32, comma 8, dell'ACN MMG 04/04/2024**

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'articolo 38, comma 1, dell'ACN MMG 04/04/2024, 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 n. 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'ACN MMG 04/04/2024, 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'articolo 38, comma 1, dell'ACN MMG 04/04/2024.

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

Data.....

Firma.....