

Allegato 1 – Avviso di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 907 del 02/10/2025

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 31 COMMA 3, ACN MMG 04/04/2024 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 (DA INVIARE ESCLUSIVAMENTE ENTRO IL 16/10/2025)

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

- 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 Deliberazione 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'articolo 31, comma 3 dell'ACN MMG 04/04/2024

il completamento dell'impegno settimanale fino al massimale di cui all'articolo 38, comma 1 dell'ACN 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.....