

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 16/10/2025)**

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 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

- 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.....