

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI SENSI DELL'ART. 31 COMMA 3 ACN triennio 2022-2024

SPETT.LE
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI
VIA
CAP

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa. _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____ c.f. _____ tel. _____
residente a _____ Prov. _____ alla
via _____ n. _____ CAP _____ PEC (campo obbligatorio) _____
residente nel territorio della Regione _____ dal
_____, data di laurea _____, voto di laurea _____.

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 essere:

titolare di incarico di ruolo unico di assistenza primaria

☐ a ciclo di scelta

☐ a rapporto orario

presso Codesta Azienda nella AFT _____ (ove ha sede l'ambito individuato come carente) a far data dal

e

titolare di concomitante incarico di ruolo unico di assistenza primaria

☐ a ciclo di scelta

☐ a rapporto orario

presso l'Azienda _____ della Regione _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 31, comma 3 dell'ACN triennio 2022-2024

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

Prende atto che l'incarico a tempo indeterminato di ruolo unico di assistenza primaria comporta obbligatoriamente il contestuale svolgimento di attività a rapporto orario e a ciclo di scelta, così come disposto dall'art 38, comma 1 dell'A.C.N. triennio 2022-2024.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

☐ indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____
(Campo obbligatorio)

Luogo e Data _____ (firma autenticata*) _____

*Ai sensi dell'articolo 35 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato). L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI SENSI DELL'ART. 32 CO. 8 ACN triennio 2022-2024

SPETT.LE
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI
VIA
CAP

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa. _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____ c.f. _____ tel. _____
residente a _____ Prov. _____ alla
via _____ n. _____ CAP _____ PEC (campo obbligatorio) _____
residente nel territorio della Regione _____ dal
_____, data di laurea _____, voto di laurea _____.

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 essere titolare di:

1. incarico a tempo indeterminato di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta presso codesta Azienda, nella AFT _____ (ove ha sede l'ambito individuato come carente) a far data dal _____;

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 _____	AFT _____	Comune _____
dal _____	al _____	AFT _____	Comune _____
dal _____	al _____	AFT _____	Comune _____

con anzianità complessiva di medico del ruolo unico di assistenza primaria a tempo indeterminato a ciclo di scelta pari a mesi _____, detratti i periodi di sospensione dall'incarico all'art. 22 comma 1 dell'ACN triennio 2022-2024 di seguito indicati:

dal _____	al _____	AFT _____	Comune _____
dal _____	al _____	AFT _____	Comune _____
dal _____	al _____	AFT _____	Comune _____

2. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario presso Codesta Azienda, nella AFT _____ (ove ha sede l'ambito individuato come carente) a far data dal _____;

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

dal _____	al _____	AFT _____	Comune _____
dal _____	al _____	AFT _____	Comune _____
dal _____	al _____	AFT _____	Comune _____

con anzianità complessiva di medico del ruolo unico di assistenza primaria a tempo indeterminato a rapporto orario pari a mesi _____, detratti i periodi di sospensione dall'incarico all'art. 22, comma 1 dell'ACN triennio 2022-2024 di seguito indicati:

dal _____ al _____ AFT _____ Comune _____
dal _____ al _____ AFT _____ Comune _____
dal _____ al _____ AFT _____ Comune _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 32 co.8 dell'ACN del 15.01.2026

- ☐ in quanto titolare di incarico a tempo indeterminato a ciclo di scelta di cui al punto 1, l'assegnazione dell'incarico di ruolo unico di assistenza primaria (RUAP), mediante il completamento dell'impegno settimanale con attività a rapporto orario, come disciplinato dall'art. 38, comma 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale triennio 2022-2024, con modulazione dell'attività oraria rispetto al carico assistenziale;
- ☐ in quanto titolare di incarico a tempo indeterminato a rapporto orario di cui al punto 2, l'assegnazione dell'incarico di ruolo unico di assistenza primaria (RUAP) nell'ambito carente _____, mediante il completamento dell'incarico fino a 38 ore settimanali, con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed obbligo di apertura dello studio medico nell'ambito carente, nel limite del massimale orario/scelte di cui all'articolo 38, comma 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale triennio 2022-2024, con modulazione dell'attività oraria rispetto al carico assistenziale.

Prende atto che l'incarico a tempo indeterminato di ruolo unico di assistenza primaria comporta obbligatoriamente il contestuale svolgimento di attività a rapporto orario e a ciclo di scelta, così come disposto dall'art 38, comma 1 dell'A.C.N. triennio 2022-2024.

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

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

☐ indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____
(Campo obbligatorio)

Luogo e Data _____ (firma autenticata*) _____

* Ai sensi dell'articolo 35 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato). L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI SENSI DELL'ART. 32 COMMA 9 ACN triennio 2022-2024

SPETT.LE
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI
VIA
CAP

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa. _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____ c.f. _____ tel. _____
residente a _____ Prov. _____ alla
via _____ n. _____ CAP _____ PEC (campo obbligatorio) _____
residente nel territorio della Regione _____ dal
_____, data di laurea _____, voto di laurea _____.

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 essere:

- ☐ titolare di incarico a tempo indeterminato di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta presso codesta Azienda nel Distretto _____ Comune di _____ a far data dal _____
- ☐ titolare di incarico a tempo indeterminato di ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario presso codesta Azienda nel Distretto _____ Comune di _____ a far data dal _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 32 comma 9 dell'A.C.N. triennio 2022-2024

di partecipare alla mobilità intraaziendale per il conferimento di incarico di RUAP (ruolo unico di assistenza primaria) per i seguenti ambiti individuati carenti da codesta Azienda nell'avviso pubblicato sul sito aziendale in data _____, nel rispetto del seguente ordine di priorità di assegnazione:

Priorità	Ambito carente
1	
2	
3	
4	

5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	

Prende atto che l'incarico a tempo indeterminato di ruolo unico di assistenza primaria comporta obbligatoriamente il contestuale svolgimento di attività a rapporto orario e a ciclo di scelta, così come disposto dall'art 38, comma 1 dell'A.C.N. triennio 2022-2024.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

☐ indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____
(Campo obbligatorio)

Luogo e Data _____ (firma autenticata*) _____

* Ai sensi dell'articolo 35 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato). L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.