

MODELLO DOMANDA

Al Direttore Generale

ASL ROMA 1

Trasmissione via PEC

protocollo@pec.aslroma1.it

Oggetto: DOMANDA PER IL PASSAGGIO AL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA DEI MEDICI TITOLARI DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO - ACN PER LA MEDICINA GENERALE DEL 04.04.2024.

Il/La sottoscritto/a Dr./ssa _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____
Codice Fiscale _____ Residente a _____
Prov. _____ C.A.P. _____ - Via/Piazza _____ n. _____
Cell. _____ PEC personale _____ E-mail _____
Codice regionale _____

In qualità di:

1. Titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria a ciclo di scelta ed a quota oraria nei seguenti Distretti:

- a ciclo di scelta nel Distretto _____ della ASL Roma 1 ed a quota oraria nel Distretto _____ della ASL _____

CHIEDE

il completamento dell'impegno settimanale con attività a rapporto orario fino al massimale presso codesta Azienda ai sensi dell'articolo 31, comma 3, ACN 4 aprile 2024, con contestuale passaggio al ruolo unico di assistenza primaria.

2. Titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria APS

Nel Distretto _____ della ASL Roma 1 a decorrere dal _____

CHIEDE

il completamento dell'impegno settimanale fino al massimale presso codesta Azienda ai sensi dell'articolo 31, comma 3, ACN 4 aprile 2024, con contestuale passaggio al ruolo unico di assistenza primaria.

3. Titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria APO (24 ore sett.li)

Nel Distretto _____ della ASL Roma 1 a decorrere dal _____

CHIEDE

il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria ai sensi dell'articolo 32, comma 8, ACN 4 aprile 2024 con il completamento orario e contestuale apertura dello studio medico presso il Distretto di afferenza nella zona carente di seguito specificata tra quelle indicate nell'avviso:

1ª scelta: _____

2ª scelta: _____

4. Titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria a ciclo di scelta/a quota oraria da almeno 2 anni nell'ambito/Distretto di _____

CHIEDE

la mobilità intra-aziendale ai sensi dell'articolo 32, comma 9, ACN 4 aprile 2024*, con contestuale passaggio al ruolo unico di assistenza primaria nei seguenti ambiti individuati come carenti da rilevazione indicata nell'Avviso, con il seguente ordine di priorità

1. Distretto _____ ZONA _____

2. Distretto _____ ZONA _____

3. Distretto _____ ZONA _____

*Per poter accedere alla mobilità intra-aziendale, si precisa che i 2 anni di anzianità di servizio richiesti si computano dal momento in cui l'incarico temporaneo si è trasformato in incarico a tempo indeterminato.

Il sottoscritto inoltre, dichiara di essere a conoscenza che l'ASL Roma1 ai fini del presente procedimento, potrà richiedere ulteriore documentazione e che la stessa ASL Roma 1 potrà procedere, ai sensi e agli effetti dell'art. 71 del DPR n. 445/2000, ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro della non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto, ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000, e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti.

Ai sensi del Regolamento (UE) 2013/679 del 27 aprile 2016 autorizzo l'ASL Roma 1 a sottoporre a trattamento i dati personali che mi riguardano in quanto necessari ai fini dell'espletamento delle attività connesse al procedimento.

Luogo e data

In fede

☐ Allegato alla presente, fotocopia documento di identità n. _____

rilasciato il _____ da _____