

SI RACCOMANDA LA PUNTUALE COMPILAZIONE DI OGNI PUNTO SOTTO RIPIORTATO.
EVENTUALI OMISSIONI O PARZIALI COMPILAZIONI POTRANNO DETERMINARE L'ESCLUSIONE
O L'AMMISSIONE CON RISERVA.

SPETT. A.S.L. RIETI
U.O.C. POLITICHE DEL PERSONALE
VIA DEL TERMINILLO, 42
02100 - R I E T I

PEC: *medicinaconvenzionata.asl.rieti@pec.it*

OGGETTO Avviso di manifestazione di interesse per il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria, ai sensi dell'ACN del 04/04/2024 rivolto ai medici titolari di incarico di assistenza primaria a ciclo di scelta (APS), di assistenza primaria a ciclo orario (APO) e per la mobilità intraaziendale.

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____

(nome) _____ nato/a il _____ a

_____ (prov. _____), Codice Fiscale n.

_____, residente in _____

alla Via _____ n. _____, c.a.p. _____,

recapito Tel. _____ recapito Cell. _____,

e-mail _____.

TITOLO DI STUDIO:

_____ conseguito in data _____ voto _____

presso _____

ISCRIZIONE ALL'ALBO DELL'ORDINE _____ PROVINCIA _____

DAL _____ N. _____;

CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE CONSEGUITO IL
_____ PRESSO _____ ovvero di

essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina generale al anno;

Titolare di incarico APS / APO a partire dal/...../.....;

DICHIARA

di essere (barrare la casella che interessa):

- titolare di doppio incarico di APS e APO su più ambiti della stessa Azienda o di Aziende diverse;
- titolare di incarico a tempo indeterminato di APS;
- titolare di incarico a tempo indeterminato di APO (24 ore);
- titolare di incarico da almeno 2 anni nella Azienda presso l'Ambito _____, disponibile alla mobilità presso l'Ambito carente di _____ (Mobilità intraaziendale);

CHIEDE

di partecipare alla manifestazione di interesse per IL PASSAGGIO AL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA, AI SENSI DELL'ACN DEL 04 APRILE 2024 RIVOLTO AI MEDICI TITOLARI DI INCARICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA (APS), DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO ORARIO (APO) E PER LA MOBILITÀ INTRA-AZIENDALE.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, attesta che le dichiarazioni di cui sopra si intendono rese ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli definiti "sensibili", in ordine alla comunicazione ed alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità di cui alla presente procedura, secondo quanto stabilito dal D. L.vo 30/06/2003, n. 196.

DATA _____

IL/LA RICHIEDENTE

(firma leggibile)

Documentazione da allegare:

- Autocertificazione informativa (mod. All. L A.C.N. 2005);
- fotocopia carta d'identità.