

ISTANZA ADESIONE AL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____

(Prov. ____) il ____ / ____ / ____ , Codice Fiscale _____,

Comune di residenza _____, Prov. _____,

Indirizzo _____, n. _____, CAP _____,

Telefono/Cellulare _____

PEC _____

Email _____

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, del D.P.R. n. 445/200, e consapevole delle sanzioni penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del predetto decreto,

DICHIARA

A) Di essere in possesso del Diploma di Laurea _____

conseguito presso _____

in data ____ / ____ / ____ , con votazione ____ / ____ ;

B) Di essere iscritto all' **Albo Professionale** _____

presso l' **Ordine** provinciale ☐ regionale ☐ nazionale ☐ di _____ dal ____ / ____ / ____ ;

DICHIARA ALTRESI'

(Porre una croce solo sulla voce di interesse)

☐ Di essere titolare, all'entrata in vigore dell'A.C.N. per la Medicina Generale del 04/04/2024, a tempo indeterminato del seguente incarico di **Assistenza Primaria a ciclo di scelta**:

- **AMBITO TERRITORIALE** _____

- **DISTRETTO** _____

- **DECORRENZA** _____

☐ Di essere titolare, all'entrata in vigore dell'A.C.N. per la Medicina Generale del 04/04/2024, a tempo indeterminato del seguente incarico di **Assistenza Primaria ad attività oraria**:

- **PRESIDIO** _____

- **DISTRETTO** _____

- **IMPEGNO ORARIO** _____

- **DECORRENZA** _____

CHIEDE

(Porre una croce solo sulla voce di interesse)

☐ Di completare l'impegno settimanale ad attività di scelta con l'attività a rapporto orario, e, pertanto, di aderire al ruolo unico di assistenza primaria;

☐ Di completare l'incarico ad attività oraria, fino a 38 ore settimanali, con l'attività a ciclo di scelta e, pertanto, con contesuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico nell'ambito territoriale carente ricompreso nella AFT di riferimento, e, pertanto, di aderire al ruolo unico di assistenza primaria.

Il sottoscritto autorizza l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, come modificato e integrato dal D.Lgs. 101/2018 di recepimento del Regolamento UE 2016/679.

Data e Luogo

____/____/____, _____

Firma per esteso
