

### 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 veritieri, 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

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , \_\_\_\_\_