

Al Direttore Generale dell'ASL Salerno
 assistenzaprimaria@pec.aslsalerno.it

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____
 nato/a a _____ (prov. _____)
 il _____ Codice Fiscale _____
 e residente nel Comune di _____ (prov. _____) CAP _____
 al/alla Via/Corso/P.zza _____ n. _____
 Cellulare _____ Telefono fisso _____
 laureato/a in Medicina e Chirurgia il _____ con voto _____/110 presso l'Università degli
 Studi di _____, abilitato all'esercizio della professione medica nell'anno _____, iscritto
 all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ con
 numero iscrizione _____,

CHIEDE

(biffare un solo item)

- quale titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria a ciclo di scelta,
 a far data dal _____, il completamento dell'impegno settimanale con l'attività a
 rapporto orario;
- quale titolare di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di Assistenza Primaria a rapporto orario,
 a far data dal _____, il completamento dell'incarico fino a 38 ore settimanali con
 contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico nell'ambito territoriale carente
 ricompreso nella AFT di riferimento;

e, pertanto, il passaggio al ruolo unico di Assistenza Primaria, ai sensi dell'art. 32 co. 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale
 Medici di Medicina Generale 2024.

A tal' uopo lo scrivente dichiara:

(biffare un solo item)

- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria a ciclo di scelta, attualmente:
 nell'ambito territoriale _____,
 del Distretto Sanitario _____,
 con obbligo di studio _____,
 codice regionale _____.
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria ad attività oraria, attualmente:
 presso il presidio _____,
 del Distretto Sanitario _____.

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000 e smi e consapevole della decadenza dai benefici,
 prevista dall'art. 75, e delle sanzioni penali, previste dall'art. 76, per chi attesta il falso, rilascia dichiarazioni mendaci,
 forma atti falsi o ne fa uso dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

Inoltre, dichiara di essere consapevole che le convocazioni e/o le comunicazioni per l'eventuale completamento di
 incarico saranno inviate esclusivamente per Posta Elettronica Certificata all'indirizzo dal quale è stata inviata la
 domanda.

Autorizza, infine, il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, anche con strumenti informatici, per
 tutte le finalità istituzionali, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 e smi.

Si allega copia della _____ n° _____
 rilasciata da _____ il _____

 (luogo e data)

 (firma)