

Al Direttore Generale dell'ASL Salerno  
 protocollo generale@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 \_\_\_\_\_;
- quale titolare di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di Assistenza Primaria a rapporto orario,  
 a far data dal \_\_\_\_\_;

il trasferimento intraziendale, ai sensi dell'art. 32 co. 9 dell'Accordo Collettivo Nazionale Medici di Medicina Generale 2024,

**(biffare un solo item)**

- dall'ambito territoriale \_\_\_\_\_  
 all'ambito territoriale \_\_\_\_\_ (1° scelta);  
 dall'ambito territoriale \_\_\_\_\_  
 all'ambito territoriale \_\_\_\_\_ (2° scelta);  
 dall'ambito territoriale \_\_\_\_\_  
 all'ambito territoriale \_\_\_\_\_ (3° scelta);
- dal presidio di continuità di \_\_\_\_\_  
 al presidio di continuità di \_\_\_\_\_ (1° scelta);  
 dal presidio di continuità di \_\_\_\_\_  
 al presidio di continuità di \_\_\_\_\_ (2° scelta);  
 dal presidio di continuità di \_\_\_\_\_  
 al presidio di continuità di \_\_\_\_\_ (3° scelta);

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.