



ACCETTAZIONE
PASSAGGIO AL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
ai sensi dell'art. 32 co. 8 dell'ACN MMG

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____
nato/a _____ il _____
Codice Fiscale _____
identificato con il seguente documento di riconoscimento _____
n. _____ rilasciato da _____
il _____ valido fino al _____
numero di cellulare _____ titolare di incarico a tempo indeterminato del ruolo
unico di Assistenza Primaria (indicare se a ciclo di scelta o a rapporto orario):

_____ ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000, n. 445

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del DPR 28/12/2000, n. 445 e delle conseguenze di natura penale in caso di dichiarazioni mendaci, che le notizie sopra riportate corrispondono al vero e

ACCETTA

(biffare un solo item)

- ☐ quale titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria a ciclo di scelta il completamento dell'impegno settimanale con l'attività a rapporto orario presso il presidio di continuità di _____;
- ☐ quale titolare di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di Assistenza Primaria a rapporto orario, il completamento dell'incarico fino a 38 ore settimanali con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura _____ dello _____ studio _____ medico _____ nell'ambito _____ territoriale _____;
- ☐ quale titolare di doppio rapporto ovvero di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria a ciclo di _____ scelta _____ nel _____ Distretto _____ Sanitario _____ nell'ambito territoriale _____ con studio nel Comune di _____ e di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di Assistenza Primaria a rapporto orario _____ il completamento dell'impegno settimanale con l'attività a rapporto orario presso il presidio di continuità di _____ e iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico nell'ambito territoriale _____;

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.

DICHIARA ALTRESI'

di essere consapevole che la mancata apertura dello studio professionale entro i termini stabiliti dall'ACN di categoria o la mancata presa di servizio e la mancata effettuazione dei turni dovuti presso il presidio di continuità assistenziale comporterà la decadenza da entrambi gli incarichi.

Dichiara, inoltre, di essere informato ed autorizzare la raccolta ed il trattamento dei dati personali nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003 e smi.

luogo

data