

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 2026,

(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 s.m.i. 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)