

Al Direttore Generale  
ASST SETTE LAGHI

Trasmissione via PEC  
[protocollo@pec.asst-settelaghi.it](mailto:protocollo@pec.asst-settelaghi.it)

**Oggetto: DOMANDA PER IL PASSAGGIO AL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA DEI MEDICI TITOLARI DI INCARICO O CON INCARICO TEMPORANEO - ACN PER LA MEDICINA GENERALE DEL 04.04.2024.**

Il/La sottoscritto/a Dr./ssa \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Cell. \_\_\_\_\_  
PEC personale \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Codice regionale \_\_\_\_\_

### **1. Titolare/Temporaneo di incarico di ruolo unico di assistenza primaria**

- a ciclo di scelta
- a quota oraria

nell'Ambito di \_\_\_\_\_  
individuato come carente da rilevazione provvisoria allegata a codesta comunicazione.

CHIEDE

**il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria** ai sensi dell'articolo 32, comma 8, ACN 4 aprile 2024.

---

### **2. Titolare di incarico di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta ed a quota oraria**

nei seguenti ambiti:

- a ciclo di scelta nell'Ambito di \_\_\_\_\_
- a quota oraria nell'Ambito di \_\_\_\_\_

CHIEDE

**il completamento dell'impegno settimanale fino al massimale** presso codesta Azienda ai sensi dell'articolo 31, comma 3, ACN 4 aprile 2024, **con contestuale passaggio al ruolo unico di assistenza primaria.**

---

### 3. Titolare di incarico di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta/a quota oraria

nell'ambito di \_\_\_\_\_

CHIEDE

la mobilità intra-aziendale ai sensi dell'articolo 32, comma 9, ACN 4 aprile 2024\*, con contestuale passaggio al ruolo unico di assistenza primaria, nei seguenti ambiti individuati come carenti da rilevazione provvisoria allegata a codesta comunicazione, con il seguente ordine di priorità:

1. \_\_\_\_\_ ambito \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ ambito \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ ambito \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ ambito \_\_\_\_\_

*\*Per poter accedere alla mobilità intra-aziendale, si precisa che i 2 anni di anzianità di servizio richiesti si computano dal momento in cui l'incarico temporaneo si è trasformato in incarico a tempo indeterminato.*

Il sottoscritto inoltre, dichiara di essere a conoscenza che l'ASST Sette Laghi ai fini del presente procedimento, potrà richiedere ulteriore documentazione e che la stessa ASST Sette Laghi potrà procedere, ai sensi e agli effetti dell'art. 71 del DPR n. 445/2000, ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro della non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto, ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000, e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti.

Ai sensi del Regolamento (UE) 2013/679 del 27 aprile 2016 autorizzo ASST Sette Laghi a sottoporre a trattamento i dati personali che mi riguardano in quanto necessari ai fini dell'espletamento delle attività connesse al procedimento di conferimento di incarichi provvisori e/o sostituzioni quale Medico di Assistenza Primaria ad Attività Oraria.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA AI SENSI DELL'ART. 38, COMMA 3, DEL D.P.R. 28.12.2000 N. 445

Note: devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate

**SOTTOSCRIZIONE NON IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO**

- Allegato alla presente, fotocopia documento di identità n. \_\_\_\_\_  
rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_