

**SERVIZIO SANITARIO REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE ORISTANO**

*AI DIRETTORE GENERALE
ASL ORISTANO
protocollo@pec.asloristano.it*

OGGETTO: AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER IL PASSAGGIO AL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA, AI SENSI DELL'ACN DEL 04 APRILE 2024 RIVOLTO AI MEDICI TITOLARI DI INCARICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA (APS), DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO ORARIO (APO) E PER LA MOBILITÀ INTRA-AZIENDALE.

___|___ sottoscritt___

NOME

COGNOME

CODICE FISCALE

TELEFONO

EMAIL

PEC

ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del citato DPR:

DICHIARA

- di essere nat__ a _____ (Prov___) il ___/___/____
- di risiedere a _____ (Prov___) CAP _____
in via _____ n. _____
- di essere titolare (barrare la casella che interessa):
 - di doppio incarico compatibile di APS presso l'Azienda _____ Ambito _____
e APO presso l'Azienda _____ Ambito _____;
 - di incarico a tempo indeterminato di APS presso l'Azienda _____ Ambito _____
 - di incarico a tempo indeterminato di APO (24 h) presso l'Azienda _____ Ambito _____
 - titolare di incarico da almeno 2 anni presso l'Azienda _____ Ambito _____,
disponibile alla mobilità intraziendale, con contestuale passaggio al ruolo unico di assistenza primaria nei seguenti ambiti individuati come carenti con Deliberazione DG n.56 del 31.01.2025 con il seguente ordine di priorità:

1. Ambito _____
2. Ambito _____
3. Ambito _____

- di essere titolare di incarico come sopra specificato a partire dal ___/___/_____;
- di essere in possesso del Diploma di formazione specifica in Medicina generale, conseguito in data ___/___/_____ ovvero di essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina generale all'anno;
- di essere / non essere inserito nella Graduatoria Regionale annualità 202_ della Regione Sardegna per la Medicina Generale, nella posizione n. _____ con punteggio di _____ ;
- di eleggere quale recapito cui potrà essere inviata ogni comunicazione il seguente indirizzo:

VIA	CAP
CITTA'	PROV
TELEFONO	EMAIL

CHIEDE

di partecipare alla manifestazione di interesse per **IL PASSAGGIO AL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA, AI SENSI DELL'ACN DEL 04 APRILE 2024 RIVOLTO AI MEDICI TITOLARI DI INCARICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA (APS), DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO ORARIO (APO) E PER LA MOBILITÀ INTRA-AZIENDALE.**

ALLEGA:

- copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità;

AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali/sensibili, nonché la loro eventuale comunicazione a terzi, al fine di provvedere agli adempimenti derivanti da obblighi di legge per le finalità derivanti dalla presente istanza, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n. 196 del 30/06/2003 e ss.mm.ii.

In fede,

Data ___/___/_____

Firma _____