

Oggetto: Domanda per il passaggio al Ruolo Unico di Assistenza Primaria rivolto ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta (A.P.S.), di Assistenza Primaria ad attività oraria (A.P.O.) e per la mobilità intraaziendale, ai sensi dell'ACN del 15.01.2026

Il/la sottoscritt__ Dr./ssa _____
Nata/o a _____ Provincia _____ il _____
Codice Fiscale _____
Residente a _____ Indirizzo _____
PEC _____ e-mail _____
Cell. _____ Codice Regionale _____

Titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria:

- A) ☐ **a ciclo di scelta (A.P.S.)** nel Distretto _____
ambito territoriale _____
a decorrere dal _____

CHIEDE

Il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria, ai sensi dell'articolo 32, comma 8, ACN 15.01.2026, con completamento orario presso la sede carente del Distretto di appartenenza di:

1^a scelta _____
2^a scelta _____
3^a scelta _____

- B) ☐ **ad attività oraria di 24 ore (A.P.O.)** nel Distretto _____
ambito territoriale _____
a decorrere dal _____

CHIEDE

Il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria, ai sensi dell'articolo 32, comma 8, ACN 15.01.2026, con completamento orario fino a 38 ore settimanali con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico presso la sede carente del Distretto di appartenenza di:

1^a scelta _____
2^a scelta _____
3^a scelta _____

- C) ☐ **Doppio incarico di A.P.S. e A.P.O. su più ambiti della stessa Azienda o di Aziende diverse (specificare Azienda e Distretto):**

a ciclo di scelta nel Distretto di _____

ad attività oraria Distretto di _____

CHIEDE

Il completamento dell'impegno settimanale fino al massimale presso questa Azienda ai sensi dell'articolo 31, comma 3, ACN 15.01.2026, con contestuale passaggio al ruolo unico di assistenza primaria.

- D) ☐ **a ciclo di scelta/attività oraria da almeno 2 anni nell'Azienda presso il Distretto di _____ ambito territoriale _____**

CHIEDE

La mobilità intraziendale ai sensi dell'articolo 32, comma 9, ACN vigente, con contestuale passaggio al ruolo unico di assistenza primaria, nei seguenti ambiti individuati come carenti da rilevazione allegata nell'avviso, con il seguente ordine di priorità:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, attesta che le dichiarazioni di cui sopra si intendono rese ai sensi dell'art. 46 del citato D.P.R.

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali nell'ambito delle finalità di cui alla presente procedura, secondo la normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Il/la sottoscritto/a inoltre dichiara di essere a conoscenza che la ASL Roma 3, ai fini del presente procedimento, potrà richiedere ulteriore documentazione e potrà procedere, ai sensi e agli effetti dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni e che l'eventuale riscontro della non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento dal beneficio ottenuto.

Luogo e data

In fede
