

*Ill.mo DIRETTORE GENERALE
della ASL MEDIO CAMPIDANO*

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.

Il/La sottoscritto/a, Cod. Fisc., tel., e-mail PEC, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in cui s'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 essereresidente in..... cap.....
via..... n°
- di essere in possesso della cittadinanza italiana, o equivalente, o in uno dei Paesi dell'Unione Europea, alle condizioni e disposizioni di cui all'art.3 del DPCM n.174/1994 e all'art.7 della L. n.97/2013;
- di essere iscritto alle liste elettorali del Comune di
- di possedere il godimento dei diritti civili e politici;
- di non avere riportato condanne penali (ovvero indicare le condanne penali riportate);
- di non essere cessato/a dall'impiego presso la P.A. per aver conseguito lo stesso mediante la produzione di dichiarazioni mendaci o di documenti falsi;
- di essere (barrare la casella che interessa):
 - ☐ titolare di doppio incarico compatibile di APS e APO su più ambiti di Aziende diverse;
 - ☐ titolare di incarico a tempo indeterminato di APS;
 - ☐ titolare di incarico a tempo indeterminato di APO (24 ore);
 - ☐ titolare di incarico da almeno 2 anni nella Azienda presso l'Ambito _____, disponibile alla mobilità presso l'Ambito _____ (Mobilità intraaziendale);
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:.....
..... conseguito presso l'Università degli Studi

diil

- di essere iscritto all'Albo/ordine dei.....della
Provincia di al n. dal.....;

☞di essere titolare di
incarico ☐ APS / ☐ APO 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 al 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:.....

(cap.....) città.....telefono.....e

mail

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