

AL DIRETTORE GENERALE
DELLA ASL DI PESCARA

Via R.Paolini, 47
65124 PESCARA

Pec: medicinaconvenzionata.aslpe@pec.it

Oggetto: Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 04.04.2024: **manifestazione di interesse anno 2025 per il passaggio al Ruolo Unico di Assistenza Primaria dei medici titolari di incarico a tempo indeterminato o con incarico temporaneo.**

Il/La sottoscritt _ (cognome e nome) _____
sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, (con specifico riferimento agli artt. 19, 46 e 47) consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace di cui all'articolo 76 del medesimo decreto:

Dichiara

di essere nato a _____ (prov. di _____) il _____
C.F. _____, di essere residente in _____
_____ (prov.di _____), alla Via _____
_____ n. ____ c.a.p. _____, tel _____
cell. _____ PEC _____
E-mail _____
Codice regionale _____;

(contrassegnare di seguito le caselle di interesse con il simbolo x)

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

a ciclo di scelta

a quota oraria

nell'Ambito di _____

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 _____ ASL _____

a quota oraria nell'Ambito di _____ ASL _____

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 dell'ASL Pescara, 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 due 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 dichiara di avere preso conoscenza degli ambiti carenti individuati in via provvisoria per l'anno 2025 nonché delle prescrizioni di zona, di cui alla deliberazione ASL Pescara nr. _____ del _____ e che la presente manifestazione di interesse potrà essere accolta dall'Asl Pescara limitatamente alla disponibilità degli ambiti carenti e con le priorità previste dal vigente Accordo Collettivi Nazionale per la disciplina dei Medici di Medicina Generale.

Il sottoscritto inoltre, dichiara di essere a conoscenza che l'ASL Pescara ai fini del presente procedimento, potrà richiedere ulteriore documentazione e procedere, ai sensi e per gli 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 la decadenza dall'eventuale beneficio ottenuto, ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000, con restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti.

Trattamento dati personali



Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, contattabile scrivendo a ufficioprivacy@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito [asl.pe.it/dati personali](http://asl.pe.it/dati-personali) e mediante il QR Code qui accanto raffigurato.

Luogo e data

Sottoscrizione
