

Al Direttore Generale

ASL LATINA

Trasmissione via PEC

amministrazione@pec.ausl.latina.it

Oggetto: DOMANDA PER IL PASSAGGIO AL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA DEI MEDICI TITOLARI DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO E PER LA MOBILITA' INTRAZIENDALE - ACN PER LA MEDICINA GENERALE DEL 15.01.2026.

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

1. Titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria a ciclo di scelta o 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 15 gennaio 2026, al fine della riconduzione ad una unica AFT dei rapporti convenzionali finora possibili tra diverse Aziende, anche di altre Regioni, **con contestuale passaggio al ruolo unico di assistenza primaria.**

2. Titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria

☐ a ciclo di scelta

☐ a quota oraria

nell'Ambito/Distretto di _____ a decorrere dal _____

CHIEDE

il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria ai sensi dell'articolo 32, comma 8, ACN 15 gennaio 2026 con il completamento orario presso la sede di:

1ª scelta: _____

2ª scelta: _____

3ª scelta: _____

3. Titolare di incarico del ruolo unico di assistenza primaria da almeno 2 anni

nell'ambito/Distretto di _____

CHIEDE

la mobilità intraaziendale ai sensi dell'articolo 32, comma 9, ACN 15 gennaio 2026*, con passaggio nei seguenti ambiti individuati come carenti, con il seguente ordine di priorità:

1. ambito/Distretto _____
2. ambito/Distretto _____
3. ambito/Distretto _____
4. ambito/Distretto _____

**Per poter accedere alla mobilità intraaziendale, 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'ASL Latina, ai fini del presente procedimento, potrà richiedere ulteriore documentazione e che la stessa ASL Latina 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 l'ASL di Latina a sottoporre a trattamento i dati personali che mi riguardano in quanto necessari ai fini dell'espletamento delle attività connesse al procedimento.

Luogo e data

In fede

☐ Allegato alla presente, fotocopia documento di identità n. _____

rilasciato il _____ da _____