

**SERVIZIO SANITARIO REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE SULCIS IGLESIENTE**

*Ill.mo DIRETTORE GENERALE
della ASL 7 SULCIS IGLESIENTE
protocollo@pec.aslsulcis.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.**

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 essere residente 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 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