

**SERVIZIO SANITARIO REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N. 8 DI CAGLIARI**

*Ill.mo DIRETTORE GENERALE della ASL 8 CAGLIARI*

*Dott. Marcello Tidore*

[***protocollo@pec.aslcagliari.it***](mailto:protocollo@pec.aslcagliari.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 (barrare la casella che interessa):
  + titolare di doppio incarico compatibile di APS presso l’Azienda Ambito

e APO presso l’Azienda Ambito ;

* + titolare di incarico a tempo indeterminato di APS presso l’Azienda Ambito

;

* + titolare di incarico a tempo indeterminato di APO (24 ore) presso l’Azienda

Ambito ;

* + titolare di incarico da almeno 2 anni presso l’Azienda Ambito , disponibile alla mobilità intraziendale, con contestuale passaggio al ruolo unico di assistenza primaria nei seguenti ambiti individuati come carenti con Deliberazione DG n.56 del 31.01.2025 con il seguente ordine di priorità:

1. Ambito
2. Ambito
3. Ambito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di essere titolare di incarico come sopra specificato 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

Email ……………..;

**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 ...............................................................…