



**MODULO DI ACCETTAZIONE DI PASSAGGIO VOLONTARIO A RUOLO UNICO DI ASSISTENZA
PRIMARIA AI SENSI DELL'ART. 32 co.8 ACN 04/04/2024**

- PER MEDICI TITOLARI/TEMPORANEI A CICLO DI SCELTA -

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa.....

nato/a a il

C.F.

residente in via/viale

titolare di incarico: ☐ a tempo indeterminato ☐ temporaneo (consisti)

di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta nell'ambito territoriale di

.....

.....

DICHIARA

la propria disponibilità all'accettazione del passaggio al ruolo unico di assistenza primaria nell'ambito di appartenenza, secondo quanto previsto dall'art. 32, comma 8 dell'ACN del 04/04/2024, che prevede il completamento dell'impegno settimanale con attività a rapporto orario, secondo programmazione aziendale, nel limite del massimale orario/scelte di cui all'articolo 38 dell'ACN 04/04/2024, con modulazione dell'attività oraria rispetto al carico assistenziale.

Allega: copia di un documento d'identità.

Luogo e data

Firma

Il presente documento può essere sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'art. 20 e seguenti del D.Lgs. 82/2005 (CAD) e del Regolamento (UE) n. 910/2014 (eIDAS)"

Il presente modulo è da inviare a mezzo PEC all'indirizzo **cure_primarie@pec.asst-pavia.it** con oggetto "DOMANDA DI PASSAGGIO A RUOLO UNICO" **entro il 15 ottobre 2025**, ore 23.59.