

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

- PER TITOLARI/TEMPORANEI A CICLO DI SCELTA -

Spett.le ASST

PEC:

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a Prov. (____), il ___/___/___ ,

Codice fiscale _____

Titolare di incarico:

a tempo indeterminato temporaneo (corsisti)

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

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)"