

Allegato A

AL LEGALE
RAPPRESENTANTE DELL'ASP DI TRAPANI
per il tramite dell'UOC Gestione Amministrativa Attività Convenzionate

OGGETTO: AVVISO PER LA MANIFESTAZIONE DI DISPONIBILITA' AL PASSAGGIO AL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA (RUAP) RISERVATO AI MEDICI TITOLARI DI INCARICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA (APS), DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA (APO) – ANNO 2026

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____ prov. _____
il _____ C.F. _____ tel.cell. _____
PEC _____ email _____

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace di cui all' Art. 76 del citato D.P.R:

DICHIARA

-di essere (barrare la casella che interessa):

- ☐ titolare di APS e/o APO fra diverse Aziende, al fine della riconduzione ad una unica AFT (art. 31 c.3);
- ☐ titolare di incarico a tempo indeterminato di APS (Art. 32, c.8);
- ☐ titolare di incarico a tempo indeterminato di APO (24 ore) (Art. 32, c. 8);

-di essere titolare di incarico a tempo indeterminato APS dal _____
ambito/AFT _____ Distretto _____;

-di essere titolare di incarico a tempo indeterminato APO dal _____
ambito/AFT _____ Distretto _____;

CHIEDE

VOLER PARTECIPARE AL PASSAGGIO AL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA,
AI SENSI DELL'ACN DEL 04 APRILE 2024 E DEL 15/01/2026.

e DICHIARA, inoltre, di eleggere quale domicilio digitale cui potrà essere inviata ogni
comunicazione il seguente indirizzo PEC _____

e di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento U.E. n. 2016/679 (RGDP), che i dati
personale raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del
presente procedimento;

Allega copia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità.

Data ____/____/____

Firma _____