

REGIONE LAZIO
DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICO
DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA ANNO 2025
Per trasferimento tra aziende (interaziandali)

Regione Lazio
Direzione Regionale Salute ed Integrazione
Sociosanitaria - Area GR/39-06
Via R. R. Garibaldi, 7
00145 Roma

Il/la sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____ M F

CF _____ residente a _____ prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____

tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

Fa domanda di trasferimento secondo quanto previsto dall'art. 34, c. 5, lett. a) dell'ACN per la medicina generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria anno 2025 pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. _____ del _____, per le seguenti ASL e distretti: (barrare la casella corrispondente dei distretti interessati)

ASL ROMA 1	D 1 <input type="checkbox"/>	D 2 <input type="checkbox"/>	D 3 <input type="checkbox"/>	D 13 <input type="checkbox"/>	D 14 <input type="checkbox"/>	D 15 <input type="checkbox"/>
ASL ROMA 2	D 4 <input type="checkbox"/>	D 5 <input type="checkbox"/>	D 6 <input type="checkbox"/>	D 7 <input type="checkbox"/>	D 8 <input type="checkbox"/>	D 9 <input type="checkbox"/>
ASL ROMA 3	D 10 <input type="checkbox"/>	D 11 <input type="checkbox"/>	D 12 <input type="checkbox"/>			
ASL ROMA 3	Distretto Fiumicino <input type="checkbox"/>					
ASL ROMA 4	D 1 <input type="checkbox"/>	D 2 <input type="checkbox"/>	D 3 <input type="checkbox"/>	D 4 <input type="checkbox"/>		
ASL ROMA 5	D 1 <input type="checkbox"/>	D 2 <input type="checkbox"/>	D 3 <input type="checkbox"/>	D 4 <input type="checkbox"/>	D 5 <input type="checkbox"/>	D 6 <input type="checkbox"/>
ASL ROMA 6	D 1 <input type="checkbox"/>	D 2 <input type="checkbox"/>	D 3 <input type="checkbox"/>	D 4 <input type="checkbox"/>	D 5 <input type="checkbox"/>	D 6 <input type="checkbox"/>
ASL VITERBO	D A <input type="checkbox"/>	D B <input type="checkbox"/>	D C <input type="checkbox"/>			
ASL LATINA	D 1 <input type="checkbox"/>	D 2 <input type="checkbox"/>	D 3 <input type="checkbox"/>	D 4 <input type="checkbox"/>	D 5 <input type="checkbox"/>	
ASL RIETI	D 1 <input type="checkbox"/>	D 2 <input type="checkbox"/>				
ASL FROSINONE	D A <input type="checkbox"/>	D B <input type="checkbox"/>	D C <input type="checkbox"/>	D D <input type="checkbox"/>		

Ai sensi e agli effetti degli articoli 46 e 47 del T.U. approvato con D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto ____/____
(specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)
2. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza primaria
- a ciclo di scelta
 - a rapporto orario

presso l'Azienda ASL _____ di _____,
Distretto _____ della Regione _____, dal _____;

3. di essere stato/a precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza primaria

a ciclo di scelta

dal _____ al _____ ASL _____ Distretto _____
Regione/Prov.Autonoma _____

dal _____ al _____ ASL _____ Distretto _____
Regione/Prov.Autonoma _____

dal _____ al _____ ASL _____ Distretto _____
Regione/Prov.Autonoma _____

a rapporto orario

dal _____ al _____ ASL _____ Distretto _____
Regione/Prov.Autonoma _____

dal _____ al _____ ASL _____ Distretto _____
Regione/Prov.Autonoma _____

dal _____ al _____ ASL _____ Distretto _____
Regione/Prov.Autonoma _____

con anzianità complessiva di incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e/o a rapporto orario, come sopra indicati, pari a mesi _____, detratti i periodi di sospensione dall'incarico di cui all'art. 22 comma 1 dell'ACN 04/04/2024 di seguito indicati:

dal _____ al _____ ASL _____ Regione/Provincia Autonoma _____

dal _____ al _____ ASL _____ Regione/Provincia Autonoma _____

(si precisa che, in caso di servizi contemporanei, ai fini della determinazione dell'anzianità di incarico, ne verrà valutato uno solo)

Il/La sottoscritto/a, dichiara di eleggere il proprio domicilio digitale con P.E.C. _____ alla quale inviare ogni comunicazione in merito alla presente procedura, e si impegna a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione che dovesse intervenire rispetto alla presente dichiarazione e dichiara di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'allegato F del presente avviso.

Data _____

firma per esteso (*)

(*) Ai fini della validità la domanda deve essere debitamente sottoscritta - la firma non è soggetta ad autenticazione se presentata unitamente alla fotocopia di un documento di identità del dichiarante in corso di validità - e allegato il modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (all: E)