



Spett.le ASST Papa Giovanni XXIII

PEC: ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it

**MODULO DI ACCETTAZIONE DI PASSAGGIO VOLONTARIO
A RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
AI SENSI DELL'ART. 32 co. 8 ACN 15/01/2026**

- PER TITOLARI/TEMPORANEI A CICLO DI SCELTA -

Il/la sottoscritto/a _____

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

Codice fiscale _____ Cod. Regionale _____

Titolare di incarico:

☐ a tempo indeterminato ☐ temporaneo (corsisti)

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 vigente 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 vigente, con modulazione dell'attività oraria rispetto al carico assistenziale.

Allega: copia di un documento d'identità

Luogo e data _____

Firma _____