

All'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale ASST Lariana

Il/Lasottoscritto/a _____
nato/a a _____
Provincia _____
Nazione _____
il _____ CF _____
Codice regionale _____

1. Titolare/Temporaneo di incarico di ruolo unico di assistenza primaria

☐ a ciclo di scelta

☐ a quota oraria

nell'ambito di _____

individuato come carente da rilevazione provvisoria allegata a codesta comunicazione.

CHIEDE

il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria ai sensi dell'articolo 32, comma 8, ACN 4 aprile 2024.

2. Titolare di incarico di **ruolo unico** di assistenza primaria **a ciclo di scelta**

nell'ambito di _____

e di incarico di **ruolo unico** di assistenza primaria **a quota oraria**

nell'ambito di _____

CHIEDE

il completamento dell'impegno settimanale fino al massimale presso codesta Azienda ai sensi dell'articolo 31, comma 3, ACN 4 aprile 2024, **con contestuale passaggio al ruolo unico di assistenza primaria.**

3. **Titolare** di incarico di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta/a quota oraria nell'ambito di _____

CHIEDE

la mobilità intra-aziendale ai sensi dell'articolo 32, comma 9, ACN 4 aprile 2024*, con contestuale passaggio al ruolo unico di assistenza primaria, nei seguenti ambiti individuati come carenti da rilevazione provvisoria allegata a codesta comunicazione, con il seguente ordine di priorità:

1. _____ ambito _____
2. _____ ambito _____
3. _____ ambito _____
4. _____ ambito _____
5.

**Per poter accedere alla mobilità intra-aziendale, si precisa che i 2 anni di anzianità di servizio richiesti si computano dal momento in cui l'incarico temporaneo si è trasformato in incarico a tempo indeterminato.*

Data.....

Firma.....