



Al Direttore Generale
della ASST Rhodense
viale Enrico Forlanini, 95
20024 Garbagnate Milanese (MI)

P.E.C.: protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it

Oggetto: Domanda di passaggio volontario al Ruolo Unico ai sensi dell'art. 32, comma 8, A.C.N. del 15/01/2026

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ Prov. _____ il ____/____/____
Codice Fiscale _____ residente a _____ Prov. ____
C.A.P. _____ Via _____ n. ____ tel. /cell. _____

DICHIARA

- di essere medico di assistenza primaria a ciclo di scelta titolare;
- di essere medico di assistenza primaria ad attività oraria titolare;
- di essere medico di assistenza primaria a ciclo di scelta con incarico temporaneo (corsista con ambito).

Presso l'ambito di _____

Dell'ASST _____

CHIEDE

Di partecipare alla procedura di passaggio volontario al Ruolo Unico ai sensi dell'art. 32, comma 8, A.C.N. del 04/04/2024

_____, ____/____/____ Firma _____

Allegati:

- copia documento di identità.

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 autorizzo la A.S.S.T. a sottoporre a trattamento i dati personali che mi riguardano in quanto necessari ai fini dell'espletamento delle attività connesse al procedimento, nonché per i connessi obblighi di legge.



Fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, qualora dal controllo di cui all'art. 71 del medesimo decreto emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.