

**All'Azienda Sanitaria
Universitaria Giuliano Isontina
Ufficio Medicina Convenzionata
S.C. Gestione del Personale
– Area Giuridica e Formazione**

asugi@certsanita.fvg.it

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ CF _____ data conseguimento diploma di laurea
_____ voto di laurea _____;

(barrare l'opzione di interesse)

titolare di incarico di ruolo unico di assistenza primaria **a ciclo di scelta** presso l'Azienda Sanitaria Giuliano Isontina, nell'ambito territoriale di _____

chiede

il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria con completamento dell'impegno settimanale con attività a rapporto orario ai sensi dell'articolo 32, comma 8, ACN 4 aprile 2024.

titolare di incarico di ruolo unico di assistenza primaria **a quota oraria** presso l'Azienda Sanitaria Giuliano Isontina, presso la sede di _____

chiede

il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria con completamento dell'incarico fino a 38 ore settimanali con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ai sensi dell'articolo 32, comma 8, ACN 4 aprile 2024.

titolare di incarico di ruolo unico di assistenza primaria **a ciclo di scelta o a quota oraria** presso l'ASUGI e presso l'Azienda Sanitaria _____

chiede

il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria con riconduzione del rapporto convenzionale alla sola Azienda Sanitaria Giuliano Isontina, ai sensi di quanto previsto dall' art. 31, comma 3, ACN 4 aprile 2024.

Data

Firma
