

**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 _____ titolare di un incarico a tempo
indeterminato di assistenza primaria a ciclo di scelta / ad attività oraria presso l'Azienda Sanitaria Giuliano
Isontina a decorrere dal _____, operante presso l'ambito territoriale /sede di

(compilare solo se di interesse)

iscritto precedentemente nelle liste di assistenza primaria quale MMG a tempo indeterminato presso altre
Aziende sanitarie, come di seguito indicato:

a) Azienda: _____ dal _____ al _____;

b) Azienda: _____ dal _____ al _____;

b) Azienda: _____ dal _____ al _____;

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, con il seguente ordine di priorità:

1. ambito _____

2. ambito _____

3. ambito _____

4. ambito _____

individuati come carenti con decreto aziendale n 199 del 6 marzo 2025.

Data

Firma
