

ALLEGATO "A"

DOMANDA DI CANDIDATURA
PER L'ELEZIONE DEL RESPONSABILE / RAPPRESENTANTE DI A.F.T.

Destinatario:
ASP AGRIGENTO
Dipartimento Cure Primarie

PEC: dipartimento.cureprimarie@pec.aspag.it

Oggetto: Presentazione candidatura per l'elezione del Responsabile / Rappresentante di A.F.T.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ CAP _____ (Prov. _____)

in via _____ n. _____

domiciliato/a a _____ CAP _____ (Prov. _____)

in via _____ n. _____

(indicare solo se diverso dalla residenza)

Codice Fiscale _____

Medico di Medicina Generale appartenente al Ruolo Unico di Assistenza Primaria (RUAP)

affidente alla A.F.T. _____
(vedi prospetto delle AA.FF.TT. allegato)

VISTA

la comunicazione del Direttore del Dipartimento Cure Primarie dell'ASP di Agrigento pubblicata sul sito aziendale, relativa all'avviso di manifestazione di interesse per l'individuazione dei candidati eleggibili all'elezione dei Responsabili delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (A.F.T.)

PRESENTA

la propria candidatura per l'elezione del

Responsabile / Rappresentante della A.F.T. n. _____
(vedi prospetto delle AA.FF.TT. allegato)

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci:

☐ di essere Medico di Medicina Generale appartenente al Ruolo Unico di Assistenza Primaria (RUAP);

☐ di essere inserito nell'atto deliberativo ASP Agrigento n. 2661 del 23/12/2025;

☐ di avere almeno tre anni di convenzione con il SSN;

☐ di avere in carico n. _____ assistiti, mantenuti da almeno un anno;

☐ di avere almeno tre anni di aspettativa lavorativa;

☐ di essere a conoscenza che, in prima applicazione, il requisito relativo ai tre anni di aspettativa lavorativa potrà essere oggetto di deroga da parte della Commissione Unica istituita, secondo quanto previsto dall'avviso;

☐ di possedere i requisiti previsti dall'Accordo Integrativo Regionale (AIR) vigente;

☐ di avere frequentato, ovvero di impegnarsi a frequentare entro un anno dal conferimento dell'incarico, il Corso di Formazione specifico per Responsabili di struttura o corso equipollente per Referente di A.F.T., come previsto dall'AIR;

☐ di accettare integralmente quanto previsto dall'avviso pubblicato dall'ASP di Agrigento.

RECAPITI PER LE COMUNICAZIONI

Telefono mobile e/o fisso

PEC

E-mail ordinaria

ALLEGATI

Il/La sottoscritto/a allega alla presente:

- copia di documento di identità in corso di validità (fronte e retro).

Luogo e data _____

Firma _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati dall'ASP di Agrigento nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, esclusivamente per gli adempimenti connessi alla procedura elettorale in oggetto.

Luogo e data _____

Firma _____