

**2) DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER IL PASSAGGIO AL NUOVO RUOLO UNICO DI
ASSISTENZA PRIMARIA (RUAP) E AL COMPLETAMENTO ORARIO
DI CUI ALL'ARTT. 31, 32 e 38 ACN/2026 – ANNO 2026 –**

Ai sensi degli artt. 31, 32, 34, 38 e 44 dell'ACN/2024, del DM 77/2022, dell'AIR Regione Toscana 2025

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____

nato/a il _____ a _____

residente in _____

Via/Piazza _____ n. _____

Codice Fiscale _____

in qualità di medico di assistenza primaria convenzionato:

☐ A CICLO DI SCELTA con ASL _____ dal _____
nell'ambito di _____ nella
AFT _____ dal _____

☐ A RAPPORTO ORARIO con ASL _____ dal _____
nella postazione di _____ nella
AFT _____ dal _____

Ai fini del passaggio al ruolo unico di assistenza primaria convenzionato con l'Azienda USL Toscana nord ovest:

CHIEDE

☐ **A. – Riservato ai medici di Assistenza primaria operanti a tempo indeterminato in Aziende Sanitarie diverse dalla USL Toscana nord ovest alla data di entrata in vigore dell'ACN: ai sensi dell'articolo 31, comma 3, dell'ACN**

di concorrere per i seguenti incarichi carenti disponibili nella AFT di assegnazione:

☐ **B. – Riservato ai medici di Assistenza primaria operanti a tempo indeterminato a ciclo di scelta alla data di entrata in vigore dell'ACN: ai sensi dell'articolo 32, comma 8, dell'ACN**

di concorrere per i seguenti incarichi carenti disponibili nella AFT di

assegnazione:

- ☐ C. **Riservato ai medici di Assistenza primaria operanti a tempo indeterminato a rapporto orario alla data di entrata in vigore dell'ACN:** ai sensi dell'articolo 32, comma 8, dell'ACN

di concorrere per i seguenti incarichi carenti disponibili nella AFT di assegnazione:

- ☐ D. **Riservato ai medici di Assistenza primaria operanti a tempo indeterminato a doppio rapporto alla data di entrata in vigore dell'Accordo Collettivo Nazionale 4 aprile 2024**

di transitare al RUAP riconducendo i due incarichi alla medesima AFT

- ☐ E. **Riservato ai medici massimalisti e medici che non possono concorrere ai punti B e C per mancanza di carenze disponibili** (manifestazione di disponibilità)

di transitare al RUAP

Il/La sottoscritto/a dichiara infine di essere informato/a che ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con l'ausilio di strumenti informatici, dalla Azienda USL Toscana nord ovest, titolare del trattamento esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data _____ Firma per esteso _____