

Domanda per la Candidatura alla carica di Referente AFT per i Medici di Assistenza Primaria a ciclo di scelta dell'ASL NO di Novara

Spett. A.S.L. NO
Ufficio Protocollo
Viale Roma 7
28100 NOVARA (NO)

da inviare esclusivamente via pec a:
protocollogenerale@pec.asl.novara.it

Candidatura alla carica di Referente AFT per i Medici di Assistenza Primaria a ciclo di scelta dell'Asl NO di Novara.

Il/La sottoscritto/a.....nato/a il

a..... residente aCAP.....(prov.) in via

.....n° e domiciliato aCAP.....(prov.)

in vian° (indicare solo se diverso dalla residenza)

Codice Fiscale Telefono

e-mail

Indirizzo posta certificata

AFT ASL NO di appartenenza (vedi allegato2)	DUN 1	DUN 2	DUN 3	DAS 1	DAS 2	DAS 3
	DAN 1	DAN 2	DAN 3	DAN 4	DAN 5	DAN 6

Dichiara di essere a conoscenza di quanto contenuto:

- nell'Accordo Aziendale ASL NO sottoscritto in data 11/11/2025 (allegato 1),
- nelle specifiche indicazioni contenute nella Pre-Intesa dell'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale-recepita con DGR 31-8647 del 27/05/2024;
- nelle specifiche indicazioni contenute nella DD n. 302/A1400/2025 del 28/05/2025 di "Recepimento degli indirizzi alle Aziende per il funzionamento delle AFT in relazione alla Pre-Intesa dell'Accordo Integrativo Regionale sottoscritta in data 21 maggio 2024".

presenta la propria candidatura alla carica di referente AFT della propria AFT di appartenenza.

e sotto la propria responsabilità personale, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti per effetto del provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, in base all'art. 75 del D.P.R. 445/2000,

dichiara, ai sensi dell'art. 5 degli indirizzi alle aziende per il funzionamento delle AFT in relazione alla Pre-Intesa A.I.R. 21 maggio 2025) - DD n. 302/A1400/2025 del 28/05/2025
(è sufficiente essere in possesso di due dei tre requisiti sotto indicati)

- ☐ Di essere Medico di Assistenza primaria a ciclo di scelta con una anzianità di convenzione di almeno 5 anni, di cui almeno 3 a cicli di scelta:
 - Data di convenzionamento a ciclo di scelta _____
 - Data di convenzionamento ad indennità oraria _____ (indicare solo se la data di convenzionamento a ciclo di scelta non è antecedente i 5 anni)
- ☐ Di avere un numero di assistiti di almeno 750 (n. assistiti in carico: _____)
- ☐ Di avere una precedente esperienza di referente di Equipe Territoriale e/o Rappresentante in UCAD (indicare equipe territoriale/UCAD _____)

dichiara inoltre:

- ☐ Di essere in possesso della specifica formazione prevista all'art. 5 degli indirizzi alle aziende per il funzionamento delle AFT in relazione alla Pre-Intesa A.I.R. 21 maggio 2025)
- ☐ Di non essere in possesso della specifica formazione, impegnandomi di acquisire la stessa durante il mandato, compatibilmente con l'organizzazione regionale dei corsi.

data.....

firma

ALLEGATI: FOTOCOPIA DI UN **DOCUMENTO DI IDENTITA'** VALIDO (ENTRAMBE LE FACCIE);

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30-6-2003 n. 196 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.