

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER TRASFERIMENTO)**

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della
Regione _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. ___ il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____
Residente a _____ prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
A far data dal _____ e residente nel territorio della Regione _____
dal _____, titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso la
Azienda Sanitaria Locale n. _____ di _____, per l'ambito
territoriale di _____ della Regione _____, dal
_____ e con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi _____,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale
per la medicina generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza
primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____
del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a
comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 34,
comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità
complessiva di incarico in assistenza primaria:
allegati n. ___ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____