

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(PER GRADUATORIA O NORMA TRANSITORIA N. 2 ACN 21/06/2018)**

RACCOMANDATA/PEC

All'Azienda Sanitaria Provinciale di _____

__I__ sottoscritt __Dott.____ nat __ a _____

Prov. __ il _____ M __ F __ Codice Fiscale _____

Residente a _____ prov. _____

Via _____ n _____ CAP _____

tel. _____ p.e.c.* _____ (* obbligatoria e leggibile)

e residente nel territorio della Regione _____ dal _____

inserito nella graduatoria regionale di settore di cui all'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per

la Medicina Generale, laureato il _____, con voto _____,

FA DOMANDA

di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del _____,

- secondo quanto previsto dall'articolo 92, comma 5 lettera b), dell'A.C.N per la medicina generale del 29/07/2009;
- secondo quanto previsto dalla norma transitoria n. 2 ACN 21/06/2018 ACN 21/07/2018;

segnatamente per i seguenti incarichi:

ASP	P. E. T. o P. P. I.	PRESIDIO DI:	ASP	P. E. T. o P. P. I.	PRESIDIO DI:

Il sottoscritto dichiara di essere titolare di Continuità Assistenziale presso _____

di _____ della Regione _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga trasmessa all'indirizzo p.e.c. _____.

- Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva, resa ai sensi delle norme vigenti in materia di autocertificazioni.
- Allega alla presente **la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva** atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi della norma transitoria n. 2 dell'ACN 21/06/2018.

allegati n. _____ (_____) documenti.

Data _____ firma per esteso _____