

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(PER TRASFERIMENTO)**

RACCOMANDATA/PEC

All'Azienda Sanitaria Provinciale

di _____

Il sottoscritt Dott. _____ nat a _____ Prov. _____

il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____

Residente a _____ prov. _____

Via _____ n _____ CAP _____ tel. _____

P.e.c. _____ (obbligatoria e leggibile)

data dal _____ Azienda Sanitaria Provinciale di residenza _____

e residente nel territorio della Regione _____ dal _____

titolare di incarico a tempo indeterminato per la Emergenza Sanitaria Territoriale presso la Azienda

Sanitaria _____ di _____ della Regione _____,

dal _____ e con anzianità complessiva di emergenza sanitaria territoriale pari a mesi _____,

e residente nel territorio della Regione _____ dal _____.

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

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 92, comma 5, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

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

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 92, comma 5 lettera,a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità complessiva di incarico in emergenza sanitaria territoriale: allegati n. __ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata alla propria casella di Posta Elettronca Certificata

_____.

Data _____ firma per esteso _____