

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

All'azienda Sanitaria Provinciale

Di _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

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

Residente a _____ prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____ a far data dal _____

Azienda U.S.L. di residenza _____

e residente nel territorio della Regione _____ dal _____.

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

Titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'Azienda Sanitaria

_____ 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 assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti di riferimento:

Tutti gli ambiti

Ambito _____;

Ambito _____;

Ambito _____;

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 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 trasmessa all'indirizzo di P.e.c. _____:

Allega alla presente:

certificato storico di residenza o autocertificazione;

dichiarazione sostitutiva

fotocopia controfirmata del documento d'identità.

Data _____ firma per esteso