

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



All'Assessorato regionale della sanità  
Dipartimento regionale per la  
pianificazione strategica  
Servizio 2°  
Piazza Ottavio Ziino n.24  
90145 PALERMO

Il sottoscritto Dott. ....  
nato a .....prov. ....il .....  
residente a ..... prov. ....  
Via ..... n. .... CAP .....  
Tel. .... cell. .... titolare di incarico a tempo indeterminato di  
assistenza primaria presso l'Azienda sanitaria provinciale n..... di.....  
per l'ambito territoriale di ..... della Regione .....

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art.34, comma 2, lett. a) dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale 23 marzo 2005, come rinnovato in data 29 luglio 2009, per l'assegnazione di uno dei seguenti ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati al 1° marzo 2011, pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n.39 del 16 settembre 2011 e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito .....	ASP n. ....	Ambito .....	ASP n. ....
Ambito .....	ASP n. ....	Ambito .....	ASP n. ....
Ambito .....	ASP n. ....	Ambito .....	ASP n. ....
Ambito .....	ASP n. ....	Ambito .....	ASP n. ....
Ambito .....	ASP n.....	Ambito .....	ASP n. ....

Acclude

- Documentazione o dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità di incarico (allegato B1).
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato D).
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data.....

Firma.....