

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (PER TRASFERIMENTO)



All'Assessorato regionale della Salute
Dipartimento Pianificazione Strategica
Servizio 2° - Personale convenzionato SSR
Piazza Ottavio Ziino, 24
90145 PALERMO

Il sottoscritto Dott.
nato aprov.il
residente aprov.
Via n. CAP
Tel. cell. titolare di incarico a tempo indeterminato di
continuità assistenziale presso l'Azienda sanitaria n..... di.....
della Regione
laureato il con voto

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.63, 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 degli incarichi vacanti di continuità assistenziale, pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n.39 del 16 settembre 2011, individuati al 1° marzo 2011 presso le sotto indicate Aziende Sanitarie Provinciali:

- Azienda sanitaria provinciale n. di
- Azienda sanitaria provinciale n. di
- Azienda sanitaria provinciale n. di
- Azienda sanitaria provinciale n. di
- Azienda sanitaria provinciale n. di
- Azienda sanitaria provinciale n. di
- Azienda sanitaria provinciale n. di
- Azienda sanitaria provinciale n. di

Acclude

- Documentazione o dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità di incarico (allegato A1).
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato C).
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data.....

Firma.....