

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

All'Assessorato regionale della sanità
Dipartimento F.S.R. - servizio 8°
Piazza Ottavio Ziino n.24
90145 PALERMO

Il sottoscritto Dott.
nato aprov.il
residente aprov.
Via n. CAP
Tel. cell. inserito nella graduatoria unica regionale di
medicina generale della Regione siciliana valida per l'anno 2004, con punti

F A D O M A N D A

secondo quanto previsto dall'art.20, comma 4, lett. b), dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale, reso esecutivo con D.P.R. n. 270/2000, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati al 1° marzo 2004, pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n.48 del 12 novembre 2004 e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito	ASL n.	Ambito	ASL n.
Ambito	ASL n.	Ambito	ASL n.
Ambito	ASL n.	Ambito	ASL n.
Ambito	ASL n.	Ambito	ASL n.
Ambito	ASL n.	Ambito	ASL n.

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 3, comma 6 e comma 8 del D.P.R. n.270/2000 di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D. L.vo 256/91 e delle corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99 (art. 3, comma 6, lett. a), D.P.R. n. 270/2000;
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 3, comma 6, lettera b), D.P.R. n.270/2000;

Acclude

- Certificato storico di residenza o autocertificazione di residenza storica (allegato C1).
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato D).
- Attestato di formazione in medicina generale (solo per coloro che abbiano conseguito l'attestato dopo la scadenza del termine di presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria valida per il 2003 (31 gennaio 2002).
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data.....

Firma.....