

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI  
DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**

**(PER TRASFERIMENTO)**

All'Azienda U.S.L. n. 9 di Trapani  
Servizio Dipartimentale Medicina di Base  
Via Mazzini n. 11  
91100 - TRAPANI

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ titolare di incarico a tempo  
indeterminato di pediatria di libera scelta presso l'Azienda U.S.L. n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ ,  
per l'ambito territoriale di \_\_\_\_\_  
della Regione \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art. 33 comma 2 lett.a) dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici specialisti pediatri di libera scelta 15/12/05, per l'assegnazione dell'ambito territoriale di

**Partanna – Salaparuta - Poggioreale**

carente di pediatria di libera scelta individuato al 1° marzo 2007, pubblicato sulla G.U.R.S n. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_ :

**ACCLUDE**

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

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_