

**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 _____