

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI
DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
(PER GRADUATORIA)**

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. _____ inserito nella graduatoria unica regionale
di pediatria di libera scelta della Regione Siciliana valida per l'anno 2007 con punti _____

FA DOMANDA

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

Partanna – Salaparuta - Poggioreale

carente al 1° marzo 2007, pubblicato sulla G.U.R.S n. _____ del _____ :

ACCLUDE

- Certificato storico di residenza o autocertificazione di residenza storica (all. "B1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "C");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma _____