

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

All' Assessorato Regionale alla Sanità
Dipartimento Regionale
Assistenza Sanitaria ed Ospedaliera
Servizio 6°
P.zza O.Ziino n.24
90145 – PALERMO

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____ titolare di incarico a tempo indeterminato
di assistenza primaria presso l' Azienda U.S.L. n. _____ di _____ ,
per l'ambito territoriale di _____ della Regione _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 34 comma 2 lett.a) dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici di
medicina generale 23/03/05, per l'assegnazione di uno dei seguenti ambiti territoriali carenti di
assistenza primaria individuati al 1° marzo 2008, pubblicati sulla G.U.R.S n. _____ del _____:

Ambito _____	ASL _____	Ambito _____	ASL _____
Ambito _____	ASL _____	Ambito _____	ASL _____
Ambito _____	ASL _____	Ambito _____	ASL _____
Ambito _____	ASL _____	Ambito _____	ASL _____
Ambito _____	ASL _____	Ambito _____	ASL _____
Ambito _____	ASL _____	Ambito _____	ASL _____

ACCLUDE

- Documentazione o dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità di incarico (all. "B1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "D");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma _____