

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

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

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____ inserito nella graduatoria di settore per
l'assistenza primaria della Regione Siciliana valida per l'anno 2008 con punti _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34 comma 2 lett. b) 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 _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto all'art. 16 comma 7 e 9 A.C.N. 23/03/05 di poter
accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato:

- 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 D.L.vo 368/99 e 277/03;
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente.

ACCLUDE

- Certificato storico di residenza o autocertificazione di residenza storica (all."C1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "D");
- Attestato di formazione in medicina generale (per coloro che l'hanno conseguito dopo il 31/01/07);
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma _____