

**Allegato A**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (PER TRASFERIMENTO)**

All'Azienda U.S.L. n.6  
Servizio Dipartimentale Medicina di Base  
Via La Loggia n.5, edificio 38  
90129 PALERMO

Il sottoscritto Dott. ....  
nato a .....prov. ....il .....  
residente a .....prov. ....  
Via ..... n. .... CAP .....  
Tel. .... cell. .... titolare di incarico a tempo indeterminato di  
continuità assistenziale presso l'Azienda unità sanitaria locale n..... di.....  
della Regione .....

laureato il ..... con voto .....

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art.63, comma 2, lett. a) dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale 23 marzo 2005, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale, pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n.8 del 20 febbraio 2009, individuati all'1 settembre 2008 presso le sotto indicate Aziende Unità Sanitarie Locali:

- Azienda unità sanitaria locale n. .... di .....
- Azienda unità sanitaria locale n. .... di .....
- Azienda unità sanitaria locale n. .... di .....
- Azienda unità sanitaria locale n. .... di .....
- Azienda unità sanitaria locale n. .... di .....
- Azienda unità sanitaria locale n. .... di .....
- Azienda unità sanitaria locale n. .... di .....
- Azienda unità sanitaria locale n. .... di .....

**Acclude**

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

Data.....

Firma.....