

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

All'Assessorato regionale della sanità  
Dipartimento F.S.R. - servizio 8°  
Piazza Ottavio Ziino n.24  
90145 PALERMO

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

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art.20, comma 4, lett. a) dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale, reso esecutivo con D.P.R. n. 270/2000, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati al 1° marzo 2003, pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 48 del 7 novembre 2003 e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito .....	ASL n. ....	Ambito .....	ASL n. ....
Ambito .....	ASL n. ....	Ambito .....	ASL n. ....
Ambito .....	ASL n. ....	Ambito .....	ASL n. ....
Ambito .....	ASL n. ....	Ambito .....	ASL n. ....
Ambito .....	ASL n.....	Ambito .....	ASL n. ....

**Acclude**

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

Data.....

Firma.....