

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

All'Assessorato regionale della sanità  
Dipartimento regionale per la  
pianificazione strategica  
Servizio 2°  
Piazza Ottavio Ziino n.24  
90145 PALERMO

Il sottoscritto Dott. ....  
nato a .....prov. ....il .....  
residente a .....prov. ....  
Via ..... n. .... CAP .....  
Tel. .... cell. .... inserito nella graduatoria di settore per  
l'assistenza primaria della Regione siciliana valida per l'anno 2009, con punti .....

F A D O M A N D A

secondo quanto previsto dall'art.34, comma 2, lett. b), dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale 23 marzo 2005, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati al 1° marzo 2009, pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n.55 del 4 dicembre 2009 e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito ..... ASP n. ....	Ambito ..... ASP n. ....
Ambito ..... ASP n. ....	Ambito ..... ASP n. ....
Ambito ..... ASP n. ....	Ambito ..... ASP n. ....
Ambito ..... ASP n. ....	Ambito ..... ASP n. ....
Ambito ..... ASP n. ....	Ambito ..... ASP n. ....

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, comma 7 e comma 9 dell'ACN del 23 marzo 2005, 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 decreto legislativo n. 368/99 e 277/2003;
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente;

Acclude

- Certificato storico di residenza o autocertificazione di residenza storica (allegato C1).
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato D).
- Attestato di formazione in medicina generale (solo per coloro che abbiano conseguito l'attestato dopo la scadenza del termine di presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria valida per il 2009 (31 gennaio 2008).
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data.....

Firma.....