

**ALLEGATO "B"**

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

All' Assessorato Regionale della Salute  
Dipartimento Regionale per la  
Pianificazione Strategica  
Servizio 2°  
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' A. S. P. 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 29/07/09, per l'assegnazione di uno dei seguenti ambiti territoriali carenti di  
assistenza primaria individuati al 1° settembre 2009, pubblicati sulla G.U.R.S n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_:

Ambito _____ ASP _____	Ambito _____ ASP _____
Ambito _____ ASP _____	Ambito _____ ASP _____
Ambito _____ ASP _____	Ambito _____ ASP _____
Ambito _____ ASP _____	Ambito _____ ASP _____
Ambito _____ ASP _____	Ambito _____ ASP _____

**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 \_\_\_\_\_