

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



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

Il sottoscritto Dott.
nato aprov.il
residente a prov.
Via n. CAP
Tel. cell. titolare di incarico a tempo indeterminato di
assistenza primaria presso l'Azienda sanitaria provinciale 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 luglio 2009, per l'assegnazione di uno dei seguenti ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati al 1° marzo 2010, pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n.54 del 10 dicembre 2010 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. |

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.....