

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



All'Assessorato regionale della Salute
Dipartimento Pianificazione Strategica
Servizio 2° - Personale convenzionato SSR
Piazza Ottavio Ziino, 24
90145 PALERMO

Il sottoscritto Dott.
nato aprov.il
residente a prov.
Via n. CAP
Tel. cell. titolare di incarico a tempo indeterminato di
continuità assistenziale presso l'Azienda 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 18 febbraio 2011, individuati al 1° marzo 2010 presso le sotto indicate Aziende Sanitarie Provinciali:

- Azienda sanitaria provinciale n. di
- Azienda sanitaria provinciale n. di
- Azienda sanitaria provinciale n. di
- Azienda sanitaria provinciale n. di
- Azienda sanitaria provinciale n. di
- Azienda sanitaria provinciale n. di
- Azienda sanitaria provinciale n. di
- Azienda sanitaria provinciale 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.....