

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
(per trasferimento)**

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della
Regione _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ M F Codice Fiscale _____
residente a _____ prov. _____
via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
a far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____
e residente nel territorio della Regione _____ dal _____
titolare di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale presso la Azienda n. _____ di
_____ della Regione _____, dal _____ e con
anzianità complessiva di Continuità Assistenziale pari a mesi _____,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Inc. n. _____	Ambito _____	ASL _____	Inc. n. _____	Ambito _____	ASL _____
Inc. n. _____	Ambito _____	ASL _____	Inc. n. _____	Ambito _____	ASL _____
Inc. n. _____	Ambito _____	ASL _____	Inc. n. _____	Ambito _____	ASL _____
Inc. n. _____	Ambito _____	ASL _____	Inc. n. _____	Ambito _____	ASL _____
Inc. n. _____	Ambito _____	ASL _____	Inc. n. _____	Ambito _____	ASL _____
Inc. n. _____	Ambito _____	ASL _____	Inc. n. _____	Ambito _____	ASL _____
Inc. n. _____	Ambito _____	ASL _____	Inc. n. _____	Ambito _____	ASL _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità complessiva di incarico in continuità assistenziale:

- allegati n. _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:
c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____
indirizzo _____ n. _____

Data _____

firma per esteso _____