

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

**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 \_\_\_\_\_  
inserito nella graduatoria regionale di settore di cui all'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, laureato dal \_\_\_\_\_, con voto \_\_\_\_\_,

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera b) 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 _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, commi 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (*barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata*):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a,)
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b,)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

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

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data \_\_\_\_\_

firma per esteso \_\_\_\_\_