

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI
TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA.
(per trasferimento)

RACCOMANDATA

Azienda Sanitaria Locale n° _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
prov. ____ il _____ M F codice fiscale _____
Residente a _____ prov. ____ via _____
n. ____ CAP _____ tel. _____, a far data dal _____ e residente nel territorio della
Regione _____ dal _____, titolare di incarico a tempo indeterminato per
l'assistenza primaria presso la Azienda Sanitaria Locale n. _____ di _____,
per l'ambito territoriale di _____ della Regione
_____, dal _____ e con anzianità complessiva di assistenza primaria pari
a mesi _____,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 20, comma 4, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la
medicina generale di cui al D.P.R. n.270/2000, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per
l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____
del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il
diritto a concorrere ai sensi dell'articolo 20, comma 4, lettera a) del D.P.R. n.270/2000 e l'anzianità
complessiva di incarico in assistenza primaria:
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 _____