

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI
TERRITORIALI CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
(per graduatoria)**

RACCOMANDATA

All'Azienda Sanitaria Locale
A.S.P. / A.S.M. di _____
Via _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ M F codice fiscale _____, residente
a _____ prov. _____ Via _____ n. _____
CAP _____ tel. _____, a far data dal _____, A.S.L. di residenza n. _____ di
_____ a far data dal _____, e residente nel territorio della Regione
_____ dal _____ inserito nella vigente graduatoria unica regionale di cui
all'articolo 15 dell'A.C.N. del 29 luglio 2009 al n. _____ con punti _____.

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 33, comma 2, lett. b) dell'A.C.N. per la pediatria di libera scelta del
29.07.2009 di assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza pediatrica pubblicati sul
Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata n. _____ del _____, e segnatamente per il semestre
_____, 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 _____ |

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
 il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.
N.B. Non saranno prese in considerazione le domande prive dell'allegato L.

Data _____

firma per esteso _____