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

RACCOMANDATA

Data _____

RACCOIVIANDATA			A.S.P/A.S.M	Sanitaria Locale di
Il sottoscritto Dott prov il			_ nato a	
prov Il	M L F L CO	odice fiscale		,
residente a tel	prov.	VIB r doto dol		N
Regione	, a iai dal	ı uala ual titolare	, e residente e di incarico a ten	npo indeterminato
per la pediatria di libera	a scelta presso la Azie	nda Sanitaria Loca	le n. di	,
per l'ambito territoriale				
e con anzianità comple				
	EA DOMANDA	A DI TRASFERIME	NTO	
secondo quanto previs del 29.07.2009 per l' pubblicati sul Bolletti segnatamente per il se	'assegnazione degli a no Ufficiale della R	ambiti territoriali d egione Basilicata	arenti per l'ass	istenza pediatrica
Ambito	ASL	Ambito		ASL
Ambito				
Ambito				ASL
Ambito	ASL	_ Ambito		ASL
Ambito	ASL	_ Ambito		ASL
Ambito				ASL
Ambito	ASL	Ambito		ASL
Allega alla presente I comprovare il diritto a Pediatria di libera so pediatrica: Allegati n (a concorrere ai sensi elta del 29.07.2009) () (nicazione in merito ver	dell'art. 33, comr e l'anzianità comp documenti.	na 2, lettera a) olessiva di incar	dell'A.C.N. per la
□ il domicilio sotto ir				
c/o	Comune		CAP	prov
indirizzo				n
N.B. Non saranno prese	in considerazione le d	lomande prive dell'a	allegato L.	

firma per esteso_____