

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



RACCOMANDATA AR

Azienda Sanitaria Locale
ASP/ASM di _____
Via _____

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 la pediatria di libera scelta presso la Azienda Sanitaria Locale n. _____ di _____,
per l'ambito territoriale di _____ della Regione _____, dal _____
e con anzianità complessiva di assistenza pediatrica pari a mesi _____,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 33, comma 2, lett. a), come sostituito dall'art. 4 dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici specialisti pediatri di libera scelta del 21/06/2018, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza pediatrica per l'anno 2020, pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata n. _____ del _____, per i seguenti ambiti:

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'art. 33, comma 5, lettera a) dell'A.C.N. per la Pediatria di libera scelta vigente e l'anzianità complessiva di incarico in assistenza pediatrica:

Allegati n. ____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
 Pec _____

Allega alla presente:

- certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva;
- copia fotostatica di un documento di identità (art. 38 del DPR 445/00).

N.B. Non saranno prese in considerazione le domande prive dell'allegato L.

Data _____

firma per esteso _____