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

RACCOMANDATA

Al Servizio Assistenza Sanitaria di Base
Azienda Sanitaria Locale ASP di Potenza
Via Torraca
85100 POTENZA

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'art. 34, comma 2, Iett. a) dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria 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 _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale 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 _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

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

Data _____ firma per esteso_____