

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

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 _____, 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. 34, comma 2, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, di 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 _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art. 16, comma 7 e comma 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.l.vo 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a);
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b).

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 _____