

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

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 \_\_\_\_\_, 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) dell'A.C.N. per la pediatria di libera scelta del 29.07.2009 per l'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 _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 33, comma 2, lettera a) dell'A.C.N. per la Pediatria di libera scelta del 29.07.2009 e l'anzianità complessiva di incarico in assistenza pediatrica:

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 \_\_\_\_\_