

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

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 \_\_\_\_\_, 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. 33, comma 2, lett. b) dell'A.C.N. per la pediatria di libera scelta del  
29.07.2009 di 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 _____

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 \_\_\_\_\_