

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

ASSEGNAZIONE DELLE ZONE CARENTI RESIDUE DI ASSISTENZA PRIMARIA – Anno 2023

Art. 34 comma 18, ACN 28.04.2022 Triennio 2016-2018 dei Medici di Medicina Generale

Bollo da
€.16,00

Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP

Via Torraca n.2

85100 POTENZA

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ Prov _____ il _____,
codice fiscale _____, residente in _____,
via _____, n. _____ CAP _____,
cell n. _____, e-mail _____,
PEC _____

chiede di partecipare, in qualità di medico,

- di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12;**
- ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n.35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n.60;**

All'assegnazione delle Zone Carenti residue di Assistenza Primaria, anno 2023, come di seguito meglio specificate (spuntare il/i riquadro/i delle sedi per cui si intende concorrere)

ASP – AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA

Ambito territoriale di Venosa:

- Ambito n.1 Lavello
- Ambito n.2 Melfi/Rapolla
(obbligo di apertura studio principale nel Comune di Rapolla)
- Ambito n.3 Atella/Barile/Ginestra/Ripacandida/Rionero in Vulture
(obbligo di apertura studio principale nella frazione di Monticchio Bagni)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

ASSEGNAZIONE DELLE ZONE CARENTI RESIDUE DI ASSISTENZA PRIMARIA – Anno 2023

Art. 34 comma 18, ACN 28.04.2022 Triennio 2016-2018 dei Medici di Medicina Generale

- Ambito n.4 Venosa
- Ambito n.6 Montemilone/Palazzo San Gervasio

Ambito Territoriale di Potenza

- Ambito n.1 Abriola/Calvello/Anzi/Laurenzana
(obbligo di apertura studio principale nel Comune di Abriola)
(obbligo di apertura studio principale nel Comune di Laurenzana)
- Ambito n. 2 Avigliano
- Ambito n. 5 Marsiconuovo/Paterno/Tramutola
- Ambito n. 6 Marsicovetere/Viggiano
(obbligo di apertura studio principale nel Comune di Viggiano)
- Ambito n. 7 Grumento Nova/Moliterno/Sarconi/Montemurro/Spinoso
(obbligo di apertura studio principale nel Comune di Spinoso)
- Ambito n. 8 Baragiano/Bella
- Ambito n. 12 Balvano/Picerno/Savoia di Lucania
- Ambito n. 13 Potenza
- Ambito n. 15 Pietragalla/Vaglio di Basilicata
- Ambito n.16 Pignola/Tito/Vietri di Potenza
(obbligo di apertura studio principale nel Comune di Pignola)
(obbligo di apertura studio principale nel Comune di Vietri di Potenza)
- Ambito n.18 Missanello/San Chirico Raparo/San Martino D'Agri/Sant'Arcangelo
(obbligo di apertura studio principale nel comune di Missanello)
(obbligo di apertura studio principale nel Comune di Sant'Arcangelo)

Ambito Territoriale di Lagonegro

- Ambito n.1 Lauria
- Ambito n.4 Maratea/Nemoli/Trecchina
- Ambito n. 6 Castelluccio Inferiore/Castelluccio Superiore/Rotonda/Viggianello
(obbligo di apertura studio principale nel Comune di Rotonda)
- Ambito n.7 Calvera/Carbone/Castronuovo Sant'Andrea / Chiaromonte / Episcopia
Fardella / Francavilla in Sinni / Roccanova / San Severino Lucano / Teana
(obbligo di apertura studio principale nel Comune di Episcopia)

ASM - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA

Ambito Territoriale di Matera

- Ambito n.2 Bernalda
- Ambito n.3 Irsina
- Ambito n.4 Grassano/Grottole/Miglionico/Pomarico
(obbligo di apertura studio principale nel Comune di Grassano)
- Ambito n.6 Ferrandina/Salandra
- Ambito n.8 Calciano/Garaguso/Oliveto Lucano/Tricarico

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

ASSEGNAZIONE DELLE ZONE CARENTI RESIDUE DI ASSISTENZA PRIMARIA – Anno 2023

Art. 34 comma 18, ACN 28.04.2022 Triennio 2016-2018 dei Medici di Medicina Generale

Ambito Territoriale di Montalbano Jonico

- Ambito n.1 Accettura/Aliano/Cirigliano/Gorgoglione/San Mauro Forte/Stigliano
- Ambito n.3 Montalbano Jonico
- Ambito n.4 Scanzano Jonico
- Ambito n.5 Policoro
- Ambito n.7 Colobraro/San Giorgio Lucano/Valsinni
(obbligo di apertura studio principale nel Comune di Valsinni)

A tal fine, **DICHIARA**

- 1) di aver conseguito il Diploma di Laurea presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____/110;
- 2) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____ a far data dal _____;
- 3) di essere iscritto al 1° - 2° - 3° anno del corso di formazione specifica in medicina generale iniziato in data _____,

Allega alla domanda fotocopia, fronte retro, di un documento d'identità, in corso di validità.

Luogo e data _____

_____ (firma)