

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER TRASFERIMENTO)

RACCOMANDATA

Al Servizio Assistenza Sanitaria di Base
Azienda Sanitaria Locale – A.S.P.
Via Torraca n. 2
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, lett. a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la 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 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 _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva (**Allegato L**) 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. _____

Data _____

firma per esteso _____