

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA
PRIMARIA
(per graduatoria)

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 _____, Azienda U.S.L. di residenza _____
e residente nel territorio della Regione _____ dal _____
inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la
Medicina Generale, 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 i seguenti ambiti:

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.

Data _____ firma per esteso _____