

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(per graduatoria)**

RACCOMANDATA

Azienda Sanitaria Locale ASP di Potenza
c/o Servizio Assistenza Sanitaria di Base
Via Piano dei Lippi
85042 LAGONEGRO (PZ)

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 _____, e residente nel territorio della Regione _____ dal _____,
inserito nella vigente graduatoria unica regionale di cui all'articolo 15 dell'A.C.N. del 23 marzo 2005 e s.m.i.
al n. _____ con punti _____,

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata n. _____ del _____, e segnatamente per il semestre _____, per i seguenti incarichi:

Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____	Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____
Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____	Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____
Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____	Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____
Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____	Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____
Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____	Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____
Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____	Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____
Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____	Inc. n. _____ 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.
N.B. Non saranno prese in considerazione le domande prive dell'allegato L.

Data _____ firma per esteso _____