

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

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. _____
e residente nel territorio della Regione _____ dal _____, titolare di
incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale presso la Azienda Sanitaria Locale
n. _____ di _____ della Regione _____, dal _____ e
con anzianità complessiva di Continuità Assistenziale pari a mesi _____,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2, lett. a) 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 _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il
diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 63, comma 2, lettera a) dell'Accordo
Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità complessiva di incarico in Continuità
Assistenziale:

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. _____

N.B. Non saranno prese in considerazione le domande prive dell'allegato L.

Data _____

firma per esteso _____