

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
(PER TRASFERIMENTO)**

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della
Regione _____

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 _____

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

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale
per la medicina generale di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità
assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____
del _____, e segnatamente 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'articolo 49,
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 _____ provincia _____
indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____