

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(PER GRADUATORIA)**

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 _____

inserito nella graduatoria regionale di settore di cui all'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, laureato dal _____, con voto _____,

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 92, comma 5, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	

Il sottoscritto dichiara di essere titolare di Continuità Assistenziale presso l'Azienda _____ della Regione _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n. _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data _____ firma per esteso _____