

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.
(per graduatoria)

RACCOMANDATA

Azienda Sanitaria locale n° _____

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
_____, a far data dal _____, e residente nel territorio della Regione
_____ dal _____, inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'articolo 2
del D.P.R. n.270/2000

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 4, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la
medicina generale di cui al D.P.R. n.270/2000, 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 _____
Presidio _____ ASL _____	Presidio _____ ASL _____

Il sottoscritto dichiara di essere titolare di Continuità Assistenziale presso la 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 _____