

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

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  
\_\_\_\_\_, 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 49, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la  
medicina generale di cui al D.P.R. n.270/2000, 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 __
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 ai sensi dell'articolo 49, comma 2, lettera a) del D.P.R. n.270/2000 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 \_\_\_\_\_