

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 _____