

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
(per graduatoria)**

All' Azienda Sanitaria Provinciale di

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
prov. ___ il _____ M ___ F ___ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____
via _____ n. _____ cap _____ a far data dal _____ Azienda
Sanitaria di residenza _____ e residente nel territorio della
Regione _____ dal _____
inserito nella graduatoria regionale di settore di cui all'articolo 15 dell'ACN per la Medicina Generale,
laureato il _____, con voto _____,

FA DOMANDA

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

- a) Tutti gli incarichi vacanti pubblicati **SI NO** (barrare ciò che interessa)
- b) Tutti gli incarichi vacanti pubblicati relativi al Distretto Sanitario _____
- c) Solo per i seguenti incarichi vacanti: _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, comma 7 e comma 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appreso indicato (barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata):

a) riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a)

b) riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera

b). Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

___ la propria residenza

___ il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____
indirizzo _____ n. _____

Allega: autocertificazione resa ai sensi della L. 445/2000 sulla residenza storica - dichiarazione sostitutiva allegato L - documento di riconoscimento debitamente firmato.

Data _____

firma per esteso _____