

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

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 _____
titolare di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale presso la Azienda di
_____ della Regione _____, dal _____ e con anzianità
complessiva di Continuità Assistenziale pari a mesi _____,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera a) 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: _____

Allega : autocertificazione sostitutiva resa ai sensi della L. 445/2000 atta a comprovare il diritto a concorrere
all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 63, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale
per la Medicina generale e l'anzianità complessiva di incarico in Continuità Assistenziale - dichiarazione
sostitutiva allegato L - documento di riconoscimento debitamente firmato.

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 _____