

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE  
ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA  
(PER TRASFERIMENTO)**

RACCOMANDATA

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 U.S.L. di residenza \_\_\_\_\_

e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_.

n. Tel. \_\_\_\_\_ P.e.c. \_\_\_\_\_ (obbligatoria leggibile)

Titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'Azienda Sanitaria

\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_, e con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi \_\_\_\_\_,

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti ambiti di riferimento:

Tutti gli ambiti

Ambito \_\_\_\_\_;

Ambito \_\_\_\_\_;

Ambito \_\_\_\_\_;

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e l'anzianità complessiva di incarico in assistenza primaria:

Allegati n. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga trasmessa all'indirizzo di P.e.c. \_\_\_\_\_:

Allega alla presente:

certificato storico di residenza o autocertificazione;

dichiarazione sostitutiva

fotocopia controfirmata del documento d'identità.

Data \_\_\_\_\_ firma per esteso