

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 _____.

n. Tel _____ P.e.c. _____ (obbligatoria – leggibile)

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)

o

b) Tutti gli incarichi vacanti pubblicati relativi al Distretto Sanitario o Area Territoriale _____

o

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'A.C.N. per la Medicina generale;

- l'anzianità complessiva di incarico in Continuità Assistenziale;

- documento di riconoscimento debitamente firmato.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga trasmessa all'indirizzo p.e.c. _____.

Data _____

firma per esteso _____