

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
 ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
 (PER GRADUATORIA)
 RACCOMANDATA/PEC

All'Azienda Sanitaria Provinciale

di _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M _____ F _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ CAP _____ prov. _____

Via _____ n. _____ a far data dal _____ Azienda

U.S.L. di residenza _____ e residente nel territorio della

Regione _____ dal _____

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

inserito nella graduatoria regionale di settore di cui all'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, laureato dal _____, con voto _____,

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera b) 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 _____;

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, commi 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso 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**):

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);

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

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

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione Sostitutiva e copia documento d'identità controfirmato.

Data _____ firma per esteso _____