

Domanda di partecipazione alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti di
Assistenza Primaria (Per trasferimento)

All' Azienda Sanitaria Locale
della Provincia di.....
Via.....

Il sottoscritto Dott. _____ nato
a _____ Prov. _____ il _____ codice
fiscale _____ Residente a _____ prov. _____ via
_____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ e
residente nel territorio della Regione _____ dal _____ titolare di incarico a tempo indeterminato
per l'assistenza primaria presso l'Azienda Sanitaria Locale n. _____ di _____ per l'ambito
territoriale _____ 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 per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n _____ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito territoriale	Ambito territoriale	Ambito territoriale
.....
.....
.....

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

Allega inoltre la dichiarazione sostitutiva dell'allegato L ai sensi dell'art. 34 comma 14.

allegati n. ----- documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- La propria residenza
- Il domicilio sotto indicato:

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

Data.....

Firma per esteso.....