

Domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di  
**Emergenza Sanitaria Territoriale (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'emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda Sanitaria Locale n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ della  
Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ e con anzianità complessiva di emergenza sanitaria  
territoriale pari a mesi \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

Secondo quanto previsto dall'articolo 92, comma 5, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 92 comma 5 lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità complessiva di incarico in emergenza sanitaria territoriale.

**Allega inoltre la dichiarazione sostitutiva dell'allegato L ai sensi dell'art. 92 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.....