



Regione Lombardia

Domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale (Per Graduatoria)

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 _____ A.S.L.
di residenza _____ e residente nel territorio della Regione
_____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale di settore
di cui dall'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale **valida per l'anno 2009**, laureato
dal _____ con voto _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n _____ del _____

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 barrature 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 indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

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

Allega alla presente il certificato storico di residenza o autocertificazione.

Data..... Firma per esteso.....