

Domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di
Continuità Assistenziale (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 la continuità assistenziale presso l'Azienda Sanitaria Locale n. _____ 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
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 63, comma 2 lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità
complessiva di incarico in Continuità Assistenziale:

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