

Domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di  
**Emergenza Sanitaria Territoriale (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 92, comma 5, lettera b) 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 \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere titolare di continuità assistenziale presso la Azienda \_\_\_\_\_  
della Regione \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara, altresì, di **essere/non essere** \* in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza  
(\*cancellare la voce non d'interesse).

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 certificato storico di residenza o autocertificazione, **nonché dichiarazione sostitutiva Allegato L ai sensi  
dell'art. 92 comma 14.**

Data.....

Firma per esteso .....