

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI
(PER TRASFERIMENTO)**

RACCOMANDATA

All'Azienda USL _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. ___ il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____
Residente a _____ prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____
e residente nel territorio della Regione _____ dal
_____ titolare di incarico a tempo indeterminato per la medicina dei servizi presso
la Azienda n. _____ di _____, della Regione _____, dal
_____ e con anzianità complessiva di medicina dei servizi pari a mesi _____,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 79 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di medicina dei servizi pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 79 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità complessiva di servizio in medicina dei servizi:
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 _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____