

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
(PER TRASFERIMENTO)**

Marca da bollo € 16,00

*All'Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento per la Pianificazione Strategica
Servizio 1° "Personale del SSR –
Dipendente e Convenzionato
Piazza Ottavio Ziino n. 24 - 90145 Palermo*

Il/la sottoscritto/a dott./dr.ssa _____
 nato/a a _____ il _____
 residente a _____ CAP _____ Via _____
 tel. _____ cell. _____ titolare di incarico a tempo
 indeterminato di continuità assistenziale presso l'Azienda Sanitaria n. _____ di _____
 della Regione _____ laureato/a il _____ con voto _____
 P.E.C. _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 6, comma 3, lett. a) dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale 21/06/2018, per l'assegnazione dei seguenti incarichi vacanti di continuità assistenziale, pubblicati nella G.U.R.S n. _____ del _____

Presidio _____ ASP di _____
 Presidio _____ ASP di _____
 Presidio _____ ASP di _____
 Presidio _____ ASP di _____
 Presidio _____ ASP di _____

ACCLUDE

- Dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità di incarico (all. "A1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "E") ;
- Copia fotostatica di un documento di identità (obbligatoria pena l'esclusione in quanto parte integrante delle superiori dichiarazioni) .

Data _____

Firma _____