

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA (PER TRASFERIMENTO)

All'Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento regionale
per la Pianificazione Strategica
Servizio 1° - "Personale del S.S.R"
Dipendente e Convenzionato
Piazza O. Ziino n. 24 - 90145
Palermo

Marca
da bollo
€ 16,00

Il/La sottoscritto/a dott./dr.ssa _____,
nato/a a _____ il _____,
residente a _____ - CAP _____
Via _____ - Cell. _____,
titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria presso l'A.S.P. n. _____ di
_____, per l'ambito territoriale di _____
della Regione _____, P.E.C. _____,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 5, lett. a), come sostituito dall art.5 dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale 21/06/2018, per l'assegnazione di uno dei seguenti ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati nell'anno 2020, pubblicati nella *GURS* n. _____ del _____:

- ambito: _____ A.S.P. di _____
- ambito: _____ A.S.P. di _____
- ambito: _____ A.S.P. di _____
- ambito: _____ A.S.P. di _____
- ambito: _____ A.S.P. di _____
- ambito: _____ A.S.P. di _____

ACCLUDE

- dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità di incarico (all. "B1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "F");
- Copia fotostatica di un documento di identità (obbligatoria pena l'esclusione in quanto parte integrante delle superiori dichiarazioni)

Data

Firma