

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI  
DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**

(MEDICI IN POSSESSO DEL DIPLOMA DI FORMAZIONE SPECIFICA  
IN MEDICINA GENERALE NON INSERITI IN GRADUATORIA)

Marca
da bollo
€ 16,00

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

Il/la sottoscritto/a dott./dr.ssa \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ in possesso dell'attestato di

formazione specifica in medicina generale conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

P.E.C. \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 3, lett. c) dell'A.C.N. 21/06/18 dei medici di medicina generale 21/06/2018, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi di continuità assistenziale individuati nell'anno 2020 pubblicati, pubblicati nella G.U.R.S n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ :

Presidio \_\_\_\_\_ ASP di \_\_\_\_\_

Presidio \_\_\_\_\_ ASP di \_\_\_\_\_

Presidio \_\_\_\_\_ ASP di \_\_\_\_\_

Presidio \_\_\_\_\_ ASP di \_\_\_\_\_

Presidio \_\_\_\_\_ ASP di \_\_\_\_\_

Presidio \_\_\_\_\_ ASP di \_\_\_\_\_

Presidio \_\_\_\_\_ ASP di \_\_\_\_\_

Presidio \_\_\_\_\_ ASP di \_\_\_\_\_

Presidio \_\_\_\_\_ ASP di \_\_\_\_\_

Presidio \_\_\_\_\_ ASP di \_\_\_\_\_

Presidio \_\_\_\_\_ ASP di \_\_\_\_\_

Presidio \_\_\_\_\_ ASP di \_\_\_\_\_

Presidio \_\_\_\_\_ ASP di \_\_\_\_\_

Presidio \_\_\_\_\_ ASP di \_\_\_\_\_

Presidio \_\_\_\_\_ ASP di \_\_\_\_\_

Presidio \_\_\_\_\_ ASP di \_\_\_\_\_

Presidio \_\_\_\_\_ ASP di \_\_\_\_\_

**ACCLUDE**

- Autocertificazione (all. "C1");
- 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 \_\_\_\_\_