

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI
DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**
(MEDICI ISCRITTI AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE NELLA REGIONE SICILIA)

Marca da bollo € 16,00

**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**

Il/La sottoscritto/a dott./dr.ssa _____,
nato/a a _____ il _____, residente a _____
CAP _____ Via _____ Cell. _____,
P.E.C. _____,

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 9, del Decreto Legge n. 135/2018 "Disposizioni urgenti in materia di formazione specifica in medicina generale", convertito con la Legge n. 12/2019, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi di continuità assistenziale individuati nell'anno _____, pubblicati sulla G.U.R.S n. _____ del _____:

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

ACCLUDE

- Autocertificazione (all. "D1");
- Copia fotostatica di un documento di identità (obbligatoria pena l'esclusione in quanto parte integrante delle superiori dichiarazioni)

Data _____

Firma _____