

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER TRASFERIMENTO)**

Al Direttore Generale
ASP di Catanzaro
Via Vinicio Cortese,25
88100 CATANZARO

Raccomandata A.R.

Marca da bollo

€ 16,00

__I__ sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. __ il _____ M __ F __ Codice Fiscale _____

Residente a _____ prov. _____

Via _____ n _____ CAP _____ tel. _____

Pec _____ (obbligatoria e leggibile).

Azienda Sanitaria di residenza _____ dal _____

e residente nel territorio della Regione _____ dal _____

Titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'Azienda Sanitaria

_____ di _____ della Regione _____

dal _____, e con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi _____,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti di riferimento:

☐ Tutti gli ambiti

☐ Ambito _____;

☐ Ambito _____;

☐ Ambito _____;

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e l'anzianità complessiva di incarico in assistenza primaria:

Allegati n. _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga trasmessa all'indirizzo di P.e.c. _____:

Allega alla presente: autocertificazione e dichiarazione sostitutiva, ai sensi del DPR 445/2000, attestante la propria residenza storica e fotocopia controfirmata del documento d'identità.

Data _____ firma per esteso _____