

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

*All'Assessorato regionale della sanità -
Dipartimento regionale
Assistenza sanitaria ed ospedaliera Servizio 6°
Piazza O. Ziino n. 24
90145 PALERMO*

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____ titolare di incarico a tempo indeterminato di
assistenza primaria presso l'Azienda U.S.L. n. _____ di _____ ,
per l'ambito territoriale di _____ della Regione _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lett. a), dell'accordo collettivo nazionale dei medici di
medicina generale 23 marzo 2005, per l'assegnazione di uno dei seguenti ambiti territoriali carenti di
assistenza primaria individuati al 1° marzo 2006, pubblicati sulla G.U.R.S n. _____ del _____ :

Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____

ACCLUDE

- Documentazione o 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. "D");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma _____