

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (PER TRASFERIMENTO)**

All'Azienda U.S.L. n.3  
Direzione Generale  
Via Santa Maria La Grande n.5  
95124 CATANIA

Il sottoscritto Dott. ....  
nato a .....prov. ....il .....  
residente a .....prov. ....  
Via ..... n. .... CAP .....  
Tel. .... cell. .... titolare di incarico a tempo indeterminato di  
continuità assistenziale presso l'Azienda unità sanitaria locale n..... di.....  
della Regione .....

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art.63, comma 2, lett. a) dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale 23 marzo 2005, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale, pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n.35 dell'8 agosto 2008, individuati presso l'Azienda U.S.L. n.3 di Catania:

**Acclude**

- Documentazione o dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità di incarico (allegato A1).
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato C).
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data.....

Firma.....