

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

All'azienda Sanitaria Provinciale

Di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

a far data dal \_\_\_\_\_ Azienda U.S.L. di residenza \_\_\_\_\_

e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
 inserito nella graduatoria regionale di settore di cui all'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale  
 per la Medicina generale, laureato dal \_\_\_\_\_, con voto \_\_\_\_\_,

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera b) 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 \_\_\_\_\_; Ambito \_\_\_\_\_;

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, commi 7 e 8 dell'Accordo  
 Collettivo Nazionale per la Medicina generale, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come  
 appresso indicato (barrare una sola casella; *in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata  
 indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata*):

 a) riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui  
 al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a); b) riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b,)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

 la propria residenza Il domicilio sotto indicato

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

provincia \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione  
 sostitutiva.

Data \_\_\_\_\_ firma per esteso