

Burc. n. 45 del 2 Maggio 2018
DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
 (per graduatoria)

All'Azienda Sanitaria Provinciale di _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
 prov. ____ il _____ M __ F __ codice fiscale _____
 residente a _____ prov. _____
 via _____ n. _____ cap _____ a far data dal _____ Azienda
 Sanitaria di residenza _____ e residente nel territorio della
 Regione _____ dal _____
 inserito nella graduatoria regionale di settore di cui all'articolo 15 dell'ACN per la Medicina Generale,
 laureato il _____, con voto _____,

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la
 medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul
 Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti
 incarichi:

- a) Tutti gli incarichi vacanti pubblicati SI NO (barrare ciò che interessa)
- b) Tutti gli incarichi vacanti pubblicati relativi al Distretto Sanitario _____
- c) Solo per i seguenti incarichi vacanti: _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, comma 7 e comma 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: autocertificazione resa ai sensi della L. 445/2000 sulla residenza storica - dichiarazione sostitutiva
 allegato L - documento di riconoscimento debitamente firmato.

Data _____

firma per esteso _____