

Allegato Q/2

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.  
(per graduatoria)**

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della  
Regione \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ M  F  codice fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_, a far data dal \_\_\_\_\_, A.S.L. di residenza  
\_\_\_\_\_, a far data dal \_\_\_\_\_, e residente nel territorio della Regione  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'articolo 2 del  
D.P.R. \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 4, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale di cui al D.P.R. \_\_\_\_\_, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Presidio _____ ASL _____	Presidio _____ ASL _____
Presidio _____ ASL _____	Presidio _____ ASL _____
Presidio _____ ASL _____	Presidio _____ ASL _____
Presidio _____ ASL _____	Presidio _____ ASL _____
Presidio _____ ASL _____	Presidio _____ ASL _____
Presidio _____ ASL _____	Presidio _____ ASL _____
Presidio _____ ASL _____	Presidio _____ ASL _____
Presidio _____ ASL _____	Presidio _____ ASL _____

Il sottoscritto dichiara di essere titolare di Continuità Assistenziale presso la Azienda \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_