

Allegato Q/4

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE.
(per trasferimento)**

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
_____, e residente nel territorio della Regione _____ dal _____, ti-
tolare di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale presso la Azienda n. _____ di
_____ della Regione _____, dal _____ e con anzianità complessi-
va di Continuità Assistenziale pari a mesi _____,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 49, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale di cui al D.P.R. _____, di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____	Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____
Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____	Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____
Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____	Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____
Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____	Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____
Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____	Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____
Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____	Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____
Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____	Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____
Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____	Inc. n. _____ Ambito _____ ASL _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'articolo 49, comma 2, lettera a) del D.P.R. _____ e l'anzianità complessiva di incarico in Continuità Assistenziale:

allegati n. _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- ☐ la propria residenza
☐ il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____