

Domanda di partecipazione al TRASFERIMENTO DI INCARICO DI ASSISTENZA PRIMARIA per le zone carenti dell'anno 2001 di cui al B.U.R.C. n. _____ del ___/___/_____

Alla Regione Campania, Assessorato Regionale alla Sanità
Settore Assistenza Sanitaria, Prevenzione, Igiene Sanitaria
Centro Direzionale di Napoli Isola C/3
80143 NAPOLI

___ sottoscritt___ Dr: _____ nat___ a _____
(cognome) (nome)
il ___/___/_____ residente a _____ Prov. _____ C.A.P. _____
Via _____ N. _____ Tel. _____
Laureato in data _____ con voti _____/_____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO secondo quanto previsto dall'art. 20, comma 4, lettera a) D.P.R. 270/2000 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale di cui al D.P.R. 270/2000, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria, e segnatamente per i seguenti ambiti: (indicare le zone carenti cui si intende partecipare)

Tutti gli Ambiti Ambito _____ A.S.L. _____
Ambito _____ A.S.L. _____ Ambito _____ A.S.L. _____
Ambito _____ A.S.L. _____ Ambito _____ A.S.L. _____
Ambito _____ A.S.L. _____ Ambito _____ A.S.L. _____
Ambito _____ A.S.L. _____ Ambito _____ A.S.L. _____
Ambito _____ A.S.L. _____ Ambito _____ A.S.L. _____

Autocertificazione corredata di copia fotostatica del documento d'identità sottoscritta ai sensi della L. 191/98

A tal fine dichiara :

- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'Assistenza Primaria presso la Azienda Sanitaria Locale n. _____ di _____ per l'ambito territoriale di _____ della Regione _____ dal ___/___/_____ e con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi _____ (lettere) _____ (numero) e pertanto di essere in possesso dei requisiti a concorrere ai sensi dell'art. 20, comma 4, lettera a) D.P.R. 270/2000

Si chiede che ogni comunicazione venga fatta al seguente indirizzo: (omettere se corrisponde alla propria residenza)

c/o _____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____
indirizzo _____ n. _____

Il sottoscritto dichiara che quanto riportato risponde al vero, di essere consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni mendaci e da falsità negli atti, ed autorizza il trattamento dei dati personali. La mancata e/o errata compilazione di tale domanda in ogni sua parte non ne permetterà la valutazione.

DATA

FIRMA PER ESTESO

_____/_____/_____
