

Domanda di partecipazione al TRASFERIMENTO DI INCARICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE 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. 49, comma 2, 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 la continuità assistenziale, e segnatamente per i seguenti presidi: (indicare le zone carenti cui si intende partecipare)

- Tutti i Presidi** Presidio _____ A.S.L. _____
- Presidio _____ A.S.L. _____ Presidio _____ A.S.L. _____
- Presidio _____ A.S.L. _____ Presidio _____ A.S.L. _____
- Presidio _____ A.S.L. _____ Presidio _____ A.S.L. _____
- Presidio _____ A.S.L. _____ Presidio _____ 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 la Continuità Assistenziale presso la Azienda Sanitaria Locale n. _____ di _____ per il Presidio di _____ della Regione _____ dal ____/____/____ e con anzianità complessiva di Continuità Assistenziale pari a mesi _____ (lettere) _____ (numero) e pertanto di essere in possesso dei requisiti a concorrere ai sensi dell'art. 49, comma 2, 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

_____/____/____
