

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI  
DI ASSISTENZA PRIMARIA  
(PER TRASFERIMENTO)**

*All'Assessorato regionale della sanità -  
Dipartimento regionale  
Assistenza sanitaria ed ospedaliera Servizio 6°  
Piazza O. Ziino n. 24  
90145 PALERMO*

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ titolare di incarico a tempo indeterminato di  
assistenza primaria presso l'Azienda U.S.L. n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ ,  
per l'ambito territoriale di \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lett. a), dell'accordo collettivo nazionale dei medici di  
medicina generale 23 marzo 2005, per l'assegnazione di uno dei seguenti ambiti territoriali carenti di  
assistenza primaria individuati al 1° marzo 2006, pubblicati sulla G.U.R.S n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ :

Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____

**ACCLUDE**

- Documentazione o dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per  
concorrere al trasferimento e l'anzianità di incarico (all. "B1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "D");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_