

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (PER TRASFERIMENTO)

All'Azienda Sanitaria Provinciale n.
Via

Il sottoscritto Dott.
nato aprov.il
residente a prov.
Via n. CAP
Tel. cell. titolare di incarico a tempo indeterminato di
emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda Sanitaria Provinciale n.... di.....
della Regione dal e con
anzianità complessiva di emergenza sanitaria territoriale pari a mesi

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.92, comma 5, lett. a) dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale 23 marzo 2005, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n.19 del 16 aprile 2010, individuati al 1° settembre 2009

- PresidioASP n. di

Acclude

- Documentazione o dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità complessiva di incarico nell'Emergenza Sanitaria Territoriale (allegato A1).
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato C).
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data.....

Firma.....