

**Allegato A**

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



All'Azienda Sanitaria Provinciale n.  
Via

Il sottoscritto Dott. ....  
nato a .....prov. ....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.39 del 16 settembre 2011, individuati al 1° marzo 2011

- Presidio .....ASP 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.....