

Domanda di partecipazione al **CONFERIMENTO DI INCARICO** per le zone carenti dell'anno ____

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 _____

il ____/____/____ residente a _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via _____ N. _____ Tel. _____

Laureato in data _____ con voti ____/____

CHIEDE di partecipare al **CONFERIMENTO DI INCARICO**, per la copertura di zone carenti di cui al B.U.R.C n. _____

del _____ per:

→ Assistenza Primaria La domanda di partecipazione è valida per una sola tipologia di carenza. → Continuità Assistenziale

(Barrare la casella interessata)

A tal fine dichiara:

• di aver avuta, in maniera continuativa, la residenza nel periodo 31/1/1996 - 31/1/1998 nella Regione _____
(Art. 20 comma 6 punto C del DPR 484/96)

• di aver avuta la residenza, in maniera continuativa, nel periodo 31/1/1996 - 31/1/1998, nel Comune di _____ Prov. _____
(Art. 20 comma 6 punto C del DPR 484/96)

Di essere in possesso SI NO (Barrare la casella interessata)

• dell'attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito entro i termini previsti dal comma 5 art. 2 D.P.R. 484/96 e riferita alla graduatoria regionale vigente conseguito:
Regione _____ il ____/____/____

Si chiede che ogni comunicazione venga fatta al seguente indirizzo:

Via/pzza _____ C.A.P. _____ Comune _____ Pr _____

Il sottoscritto dichiara che quanto riportato risponde al vero ed autorizza, ai sensi della Legge 675/96 il trattamento dei dati personali.
La Regione declina qualsiasi responsabilità su eventuali errori di compilazione della domanda.

Data

FIRMA

____/____/____

Autocertificazione, corredata dalla copia fotostatica del documento d'identità, sottoscritta a norma della legge 191/98.