

Domanda di partecipazione al TRASFERIMENTO 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 N A P O L I*

_____ sottoscritt Dr: _____ nat a _____

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

Via _____ N. _____ Tel. _____

Laureato in data _____ con il punteggio di ____ / ____

CHIEDE di partecipare all'assegnazione per TRASFERIMENTO 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 essere titolare di incarico di Assistenza Primaria a tempo indeterminato in Aziende della Regione Campania con almeno due anni di servizio effettivo maturato alla data di scadenza del termine di presentazione della domanda di partecipazione alla copertura delle zone carenti presso la:

• A.S.L. Della Regione CAMPANIA Ambito di _____
dal ____ / ____ / ____ e con anzianità complessiva pari a mesi _____

di essere titolare di incarico di Continuità Assistenziale a tempo indeterminato in Aziende della Regione Campania con almeno un anno di servizio effettivo maturato alla data di scadenza del termine di presentazione della domanda di partecipazione alla copertura delle zone carenti presso la:

• A.S.L. Della Regione CAMPANIA Presidio di _____
dal ____ / ____ / ____ e con anzianità complessiva pari a mesi _____

di essere titolare di incarico di Continuità Assistenziale a tempo indeterminato in Aziende di altre Regioni con almeno tre anni di servizio effettivo maturato alla data di scadenza del termine di presentazione della domanda di partecipazione alla copertura delle zone carenti presso la:

Regione	Dal	Al	Mesi di anzianità
• _____	_____	_____	_____
• _____	_____	_____	_____
• _____	_____	_____	_____

Anzianità complessiva pari a mesi _____

Il sottoscritto 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.