

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 NAPOLI

___ sottoscritt___ Dr: _____ nat_ a _____

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

Via _____ N. _____ Tel. _____

Laureato/a in data _____ con punteggio di _____ / _____

CHIEDE di partecipare all'assegnazione per TRASFERIMENTO per la copertura di zone carenti di cui al BURC n° 32 del 21 luglio 2003.

Assistenza Primaria Continuità Assistenziale

La domanda di partecipazione è valida per una sola tipologia di carenza.
(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. di lavoro attuale _____ della Regione Campania - Presidio di _____ dal ___ / ___ / ___ e data di inizio attività nella continuità _____			
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/piazza _____ 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.