

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI
TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER TRASFERIMENTO)
ANNO 2004**

All'Assessorato Regionale alla Sanità
Settore 01 – Servizio Medicina di Base
Centro Direzionale Napoli Is. C3
80143 – NAPOLI

SEZIONE “A” – DATI ANAGRAFICI

__l__ sottoscritt__ Dr. _____
(cognome) (nome)

Codice fiscale

Nat__ a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____ Via _____

Tel. _____ cell. _____

Allo scopo dichiara, consapevole che, ai sensi dell'art. 76, co. 1 D.P.R. 445/00 “chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia”:

SEZIONE “B” – TITOLI E REQUISITI

- di essere in possesso del requisito di cui all'art. 20 co. 4 lett. a) D.P.R. 270/2000 e specificamente: per i medici iscritti da almeno due anni in uno degli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria della Regione Campania e da almeno quattro anni per quei medici inseriti in un elenco di assistenza primaria di altra regione, ancorchè non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale all'atto della pubblicazione del bando;
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria presso l'A.S.L. n. _____ di _____

 per l'ambito territoriale di _____
 della Regione _____
- di essere continuativamente titolare a far data dal ___/___/_____
- di essere titolare presso la A.S.L. in cui presta attualmente servizio a far data dal ___/___/_____
- di aver conseguito la laurea in data ___/___/_____ con voto _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 20, comma 4, lett. a) dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale ex D.P.R. 270\2000, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria, di cui al presente decreto, individuati al 31.12.2005 ed eventuali successive integrazioni.

SEZIONE "C" – ALLEGATI

A C C L U D E

- Copia fotostatica di un documento d'identità;
- Dichiarazione di autorizzazione al trattamento dei dati (alleg. E).

SEZIONE "D" – COMUNICAZIONI

Chiede che ogni comunicazione venga fatta al seguente indirizzo:

Via _____ n.ro _____

Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Data ____/____/____

Firma per esteso _____