

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI  
TERRITORIALI CARENTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
(PER TRASFERIMENTO)  
ANNO 2002**

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. 49 co. 2 lett. a) D.P.R. 270/2000 e specificamente: per i medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato da almeno due anni in Regione Campania e da almeno tre anni per quei medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato in 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 continuità assistenziale presso l’A.S.L. n. \_\_\_\_\_ 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. 49, comma 2, lett. a) dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale ex D.P.R. 270\2000, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale, 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 \_\_\_\_\_