

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA (PER GRADUATORIA)

All'Assessorato regionale della sanità  
Dipartimento regionale assistenza  
Sanitaria ed ospedaliera - servizio 6°  
Piazza Ottavio Ziino n.24  
90145 PALERMO

Il sottoscritto Dott. ....  
nato a .....prov. ....il .....  
residente a .....prov. ....  
Via ..... n. .... CAP .....  
Tel. .... cell. .... inserito nella graduatoria unica regionale di  
medicina generale della Regione siciliana valida per l'anno 2006, con punti .....

F A D O M A N D A

secondo quanto previsto dall'art.34, comma 2, lett. b), dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale 23 marzo 2005, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati al 1° settembre 2006, pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n.29 del 29 giugno 2007 e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito .....	ASL n. ....	Ambito .....	ASL n. ....
Ambito .....	ASL n. ....	Ambito .....	ASL n. ....
Ambito .....	ASL n. ....	Ambito .....	ASL n. ....
Ambito .....	ASL n. ....	Ambito .....	ASL n. ....
Ambito .....	ASL n.....	Ambito .....	ASL n. ....

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, comma 7 e comma 9 dell'ACN del 23 marzo 2005, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato:

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D. L.vo 256/91 e delle corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99 e 277/2003;
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente;

Acclude

- Certificato storico di residenza o autocertificazione di residenza storica (allegato C1).
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato D).
- Attestato di formazione in medicina generale (solo per coloro che abbiano conseguito l'attestato dopo la scadenza del termine di presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria valida per il 2006 (31 gennaio 2005).
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data.....

Firma.....