

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (PER TRASFERIMENTO)**



All'Assessorato regionale della Salute  
Dipartimento Pianificazione Strategica  
Servizio 2° - Personale convenzionato SSR  
Piazza Ottavio Ziino, 24  
90145 PALERMO

Il sottoscritto Dott. ....  
nato a .....prov. ....il .....  
residente a ..... prov. ....  
Via ..... n. .... CAP .....  
Tel. .... cell. .... titolare di incarico a tempo indeterminato di  
continuità assistenziale presso l'Azienda sanitaria locale n..... di.....  
della Regione .....

laureato il ..... con voto .....

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art.63, comma 2, lett. a) dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale 23 marzo 2005, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale, pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n.54 del 10 dicembre 2010, individuati al 1° settembre 2009 presso le sotto indicate Aziende Sanitarie Provinciali:

- Azienda sanitaria provinciale n. .... di .....
- Azienda sanitaria provinciale n. .... di .....
- Azienda sanitaria provinciale n. .... di .....
- Azienda sanitaria provinciale n. .... di .....
- Azienda sanitaria provinciale n. .... di .....
- Azienda sanitaria provinciale n. .... di .....
- Azienda sanitaria provinciale n. .... di .....
- Azienda sanitaria provinciale n. .... di .....

**Acclude**

- Documentazione o dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità di incarico (allegato A1).
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato C).
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data.....

Firma.....