

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI
TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA.
(per graduatoria)

RACCOMANDATA

Azienda Sanitaria Locale n° _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
prov. ____ il _____ M F codice fiscale _____
Residente a _____ prov. ____ via _____
n. ____ CAP _____ tel. _____, a far data dal _____, A.S.L. di residenza
_____, e residente nel territorio della Regione _____ dal _____,
inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'articolo 2 del D.P.R. n.270/2000

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 20, comma 4, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la
medicina generale di cui al D.P.R. n.270/2000, di assegnazione degli ambiti territoriali carenti per
l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____
del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 3, comma 6 e comma 8 del D.P.R. n.270/2000,
di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (barrare una sola casella; in caso di
barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere
valutata):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo
256/91 (articolo 3, comma 6, lettera a), D.P.R. n.270/2000);
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 3, comma 6, lettera b), D.P.R.
n.270/2000).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia ____
indirizzo _____ n. _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data _____ firma per esteso _____