

MODULO C**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PROCEDURA DI RICAMBIO GENERAZIONALE (APP)**
(da presentare entro il 30 aprile)

All'Assessorato alla Sanità della Regione

.....

Il/La sottoscritto/a.....nato/a.....
.....(prov.....) il...../...../..... Codice Fiscale.....
Comune di residenza..... (prov.....)
Indirizzo.....n.....Cap.....
Telefono.....
PEC.....e-mail.....

DICHIARA

- di essere iscritto nella graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno in corso con punti.....
- di non essere titolare di incarico convenzionale a tempo indeterminato di medico di medicina generale;

CHIEDE

di essere inserito nell' "Elenco APP dei medici da incaricare".

Luogo e data _____

Firma _____