

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE ASL CASERTA
(PER TRASFERIMENTO)**

Allegato B

All'Assessorato Regionale alla Sanità
Servizio Medicina di Base
Centro Direzionale Is. C/3
80143 – NAPOLI

DATI ANAGRAFICI

__ I __ sottoscritt __ Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____ Tel. _____

A far data dal _____ Azienda U.S.L. di _____

Residenza _____

E residente nel territorio della Regione _____ dal _____

Titolare di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale presso l'Azienda

n. _____ di _____ della Regione _____,

dal _____ e con anzianità complessiva di Continuità Assistenziale pari a mesi _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____

Allega alla presente **certificato di servizio** e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 63, comma 2 lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e l'anzianità complessiva di incarico in Continuità Assistenziale:

Allegati n. _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

o La propria residenza

o Il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____

Provincia _____ Indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____