

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

Allegato C

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. _____

Dichiara di non essere titolare di Continuità Assistenziale (pena esclusione e denuncia alle Autorità Giudiziarie per dichiarazione mendace)

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera b) 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 _____

Chiede, a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art. 16, co. 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, 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 sarà esclusa**):

- Riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a,)
- Riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art. n. 16, comma 7, lettera b,)

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 _____