

**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 \_\_\_\_\_