## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA (MEDICI IN POSSESSO DEL DIPLOMA DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE NON INSERITI IN GRADUATORIA)

Marca da bollo € 16,00 All'Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento regionale
per la Pianificazione Strategica
Servizio 1° "Personale del S.S.R –
Dipendente e Convenzionato"
Piazza O. Ziino n. 24 – 90145 Palermo

II/La sottoscritto/a dott./dr	.ssa		
nato/a a	il	_ , residente a	
CAP Via		Cell	
in possesso dell'attestato di f	formazione specifica in medicina	generale conseguito il	presso
	, P.E.C		
	FA DOMAND	)A	
secondo quanto previsto dall'	art. 34, comma 5 lettera c) come s	ostituito dall'art.5 dell A.C.N. dei n	nedici di medicina
generale 21/06/2018, per l'a	assegnazione di uno dei seguen	ti ambiti territoriali carenti di as	sistenza primaria
individuati nell'anno	, pubblicati sulla G.U.R.S n	del	:
– ambito:		A.S.P	
– ambito:		A.S.P.	

## **ACCLUDE**

•	Autocertificazione (all. "D1");
•	Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "F");
•	Copia fotostatica di un documento di identità (obbligatoria pena l'esclusione in quanto parte integrante
	delle superiori dichiarazioni

Data	
	Firma