

**SCHEMA DI DOMANDA DI TRASFERIMENTO
 NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI PER L'ASSISTENZA PRIMARIA
 DEI MEDICI CONVENZIONATI NELL'AMBITO DELLA REGIONE PIEMONTE**
 (la domanda deve essere presentata in bollo)

All'Assessorato alla Sanità
 della Regione Piemonte
 Settore Assistenza
 Ospedaliera e Territoriale
 Corso Regina Margherita 153 bis
 10122 TORINO

Il sottoscritto dott.....
 nato a
 prov.il..... M F codice fiscale.....
 Residente aProv. via
 CAP telef. a far data dal è residente nel
 territorio della Regione Piemonte dal titolare di incarico a tempo
 indeterminato per l'assistenza primaria presso l'Azienda Sanitaria Locale n. della Regione
 Piemonte dal e con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

nel sottoindicato ambito territoriale carente, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della
 Regione Piemonte n. del secondo quanto previsto dall'articolo
 20, comma 4, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale di
 cui al D.P.R. 270/2000

.....

(Indicare i Comuni compresi nell'ambito)

Indicare gli altri ambiti territoriali per i quali ha presentato analoga domanda:

- A.S.L. n. di ambito territoriale di
- A.S.L. n. di ambito territoriale di
- A.S.L. n. di ambito territoriale di
- A.S.L. n. di ambito territoriale di
- A.S.L. n. di ambito territoriale di
- A.S.L. n. di ambito territoriale di
- A.S.L. n. di ambito territoriale di

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di atto notorio, atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'articolo 20, comma 4, lettera a) del D.P.R. 270/2000 e dichiarazione dell'A.S.L. competente, che attesti l'anzianità complessiva di incarico in assistenza primaria.

Allegati n.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato

c/oComuneCAPPro.....

indirizzo

Data

Firma per esteso
