

**SCHEMA DI DOMANDA DI TRASFERIMENTO  
NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI PER L'ASSISTENZA SPECIALISTICA PEDIATRICA  
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 I F I I codice fiscale.....  
Residente a .....Prov. .... via .....  
CAP ..... telef. .... a far data dal ..... è residente nel territorio  
della Regione Piemonte dal ..... titolare di incarico a tempo indeterminato per  
l'assistenza specialistica pediatrica presso l'Azienda Sanitaria Locale n. .... della Regione  
Piemonte dal ..... e con anzianità complessiva di medico specialista pediatra  
convenzionato 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  
18, comma 3, lettera b) dell' Accordo collettivo nazionale per i medici specialisti pediatri  
di cui al D.P.R. 272/2000

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(indicare i Comuni compresi nell'ambito)

Indicare gli altri ambiti territoriali per i quali ha presentato analogha 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 e/o autocertificazione, dichiarazione sostitutiva di atto notorio, atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'articolo 18, comma 3, lettera a) del D.P.R. 272/2000 e dichiarazione dell'A.S.L. competente, che attesti l'anzianità complessiva di incarico come pediatra convenzionato.

Allegati n. ....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato

c/o .....Comune .....CAP .....Pro.....

indirizzo .....

**Data**

\_\_\_\_\_

**Firma per esteso**

\_\_\_\_\_