

**SCHEMA DI DOMANDA DI TRASFERIMENTO
NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI PER L'ASSISTENZA SPECIALISTICA PEDIATRICA
DEI MEDICI CONVENZIONATI PROVENIENTI DA ALTRA REGIONE**

(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 dal titolare di incarico a tempo
indeterminato per l'assistenza specialistica pediatrica presso l'Azienda Sanitaria Locale n.
della Regione 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
20, comma 4, lettera a) 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 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 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/oComuneCAPPro.....

indirizzo

Data

Firma per esteso
