

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE  
ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA  
(PER GRADUATORIA)  
RACCOMANDATA**

All'azienda Sanitaria Provinciale

Di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_ F \_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_  
inserito nella graduatoria regionale di settore di cui all'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale  
per la Medicina generale, laureato dal \_\_\_\_\_, con voto \_\_\_\_\_,

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la  
medicina generale assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul  
Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti  
ambiti di riferimento:

☐ Tutti gli ambiti☐ Ambito \_\_\_\_\_;☐ Ambito \_\_\_\_\_;☐ Ambito \_\_\_\_\_;☐ Ambito \_\_\_\_\_;

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, commi 7 e 8 dell'Accordo  
Collettivo Nazionale per la Medicina generale, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come  
appresso indicato (barrare una sola casella; *in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata  
indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata*):

☐ a) riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui  
al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a);

☐ b) riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b,)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

☐ la propria residenza☐ Il domicilio sotto indicato

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

provincia \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione  
sostitutiva.

Data \_\_\_\_\_ firma per esteso