MODULO C

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PROCEDURA DI RICAMBIO GENERAZIONALE (APP)
(da presentare entro il 30 aprile)

All' Assessorato alla Sanità della Regione Abruzzo
dpf020@pec.regione.abruzzo.it

Il/La sottoscritto/a_____ nato/a

a _____ (prov _____)

il____/____/_____, Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Comune di residenza _____ (prov_____)

Indirizzo _____n°_____ CAP_____

Telefono_____ e-mail _____

PEC _____

DICHIARA

- di essere iscritto nella graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno in corso con punti _____ ;
- di non essere titolare di incarico convenzionale a tempo indeterminato di medico di medicina generale;

CHIEDE

di essere inserito nell' "Elenco APP dei medici da incaricare".

Luogo e data _____

Firma _____

Ai fini della validità la dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato e inviata insieme alla copia fotostatica di un valido documento d'identità del dichiarante.