

**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](mailto: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 pediatria di libera scelta valida per l'anno in corso con punti \_\_\_\_\_ ;
- di non essere titolare di incarico convenzionale a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta;

**CHIEDE**

di essere inserito nell' "Elenco APP dei pediatri 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.