Allegato A

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA PER LA PARTECIPAZIONE DEI MMG ALL’AMBULATORIO A GESTIONE INTEGRATA, AI SENSI DELL’ART 5 ACCORDO REGIONALE DI ASSISTENZA PRIMARIA PUBBLICATO SULLA GURS DEL 15/10/2010**

Al Sig. Direttore Generale ASP 6 Palermo

c/o U.O.C. Programmazione ed Organizzazione

delle Attività di Cure Primarie

Il sottoscritto Dott./ssa ………………………………………nato/a …………………………………

(prov……)il…………………CodiceRegionale…………….Residenza………………….(prov……)

Indirizzo Via…………………………………n………Cap…………..telefono……………………..

**Studio Medico principale di medicina generale nel Distretto di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Via …………………………………………. n ………Cap …………. Telefono…………………

Cell…………………………………………..email…………………………………………………

Medicina in associazione SI NO ASSOCIAZIONE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi del **Bando Aziendale** pubblicato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di essere incluso nella graduatoria per partecipare all’Ambulatorio a Gestione Integrata presso il:

□ **Distretto Sanitario n° 33 di Cefalù**

A tale fine acclude alla presente istanza la seguente documentazione:

* dichiarazione sostitutiva di certificazione (All.E ) ;
* fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma per esteso**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**