MODULO C

Domanda di ammissione alla procedura di ricambio generazionale (APP) per pediatri di libera scelta

(Data di presentazione: entro 30 aprile)

Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige
Ripartizione 23 - Salute
Ufficio Assistenza Sanitaria
Via Canonico Michael Gamper 1
39100 Bolzano

Tel.: 0471 41 80 70

PEC: gesundheitsbetreuung.assistenzasanitaria@pec.prov.bz.it

Il richiedente/la richiedente

Cognome ..... Nome .....

Luogo di nascita .....Prov. ☐☐

Data di nascita ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ Codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Residente a CAP ☐☐☐☐☐ Luogo ..... Prov. ☐☐

Via/piazza ..... n. .....

Tel. / Cell. ..... E-Mail .....

Indirizzo PEC (*obbligatorio*) .....

dichiara

☐ di essere iscritto nella graduatoria provinciale per i pediatri 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 (digitale)