VORDRUCK C

Antrag um Zulassung zum Verfahren für den Generationswechsel (APP) bei Ärztinnen und Ärzten des einzigen Stellenplans der Grundversorgung

(Einreichetermin: innerhalb 30. April)

Autonome Provinz Bozen – Südtirol
Abteilung 23 - Gesundheit
Amt für Gesundheitsbetreuung
Kanonikus-Michael-Gamper-Straße 1
39100 Bozen

Tel.: 0471 41 80 70

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

Der Antragsteller/Die Antragstellerin

Familienname ..... Vorname .....

Geburtsort .....Prov . ☐☐

Geburtsdatum ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ Steuernummer ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Wohnhaft in PLZ ☐☐☐☐☐ Ort ..... Prov.☐☐

Straße/Platz ..... Nr.…….

Tel./Mobiltelefon ..... E-Mail .....

PEC-Adresse *(verpflichtend)*: ……

erklärt

☐ in der Landesrangordnung der Ärztinnen und Ärzte des einzigen Stellenplans der Grundversorgung für das laufende Jahr mit insgesamt .....unkten eingetragen zu sein;

☐ keinen unbefristeten Auftrag als Ärztin/Arzt der Grundversorgung des einzigen Stellenplans innezuhaben;

ersucht

in die „Liste APP der zu beauftragenden Ärztinnen und Ärzte“ eingetragen zu werden.

.....

Ort und Datum (Digitale) Unterschrift