

**Antrag um Zulassung zum Verfahren für den  
Generationswechsel (APP) bei  
Kinderärztinnen und Kinderärzten freier Wahl**  
(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 Kinderärztinnen und Kinderärzte freier Wahl für das laufende Jahr mit insgesamt ..... Punkten eingetragen zu sein;
- keinen unbefristeten Auftrag als Kinderärztin/Kinderarzt freier Wahl innezuhaben;

**ersucht**

in die „Liste APP der zu beauftragenden Kinderärztinnen und Kinderärzte“ eingetragen zu werden.

.....  
Ort und Datum (Digitale) Unterschrift