

Allegato A

(Modulo C)

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PROCEDURA DI RICAMBIO
GENERAZIONALE (APP)**

(da presentare entro il 30 aprile 2025)

**Marca
da bollo
€ 16,00**

All'Assessorato alla Sanità della Regione
Emilia – Romagna
Direzione Generale Cura della Persona,
salute e welfare
Settore Assistenza Territoriale

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a..... (prov.....) il...../...../.....
Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....
(prov.....)
Indirizzo.....n.....
Cap..... Telefono.....
PEC.....
e-mail.....

DICHIARA

- di essere iscritto nella graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno 2025 pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione - parte terza - n.367 del 29 novembre 2024, con punti
- di non essere titolare di incarico convenzionale a tempo indeterminato di medico di medicina generale;

CHIEDE

di essere inserito nell' "Elenco APP dei medici da incaricare".

Luogo e data _____

Firma _____