

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 pediatria di libera scelta 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 pediatria di libera scelta;

CHIEDE

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

Luogo e data

Firma