

## **MODULO C**

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

*( da presentare entro il 30 aprile)*

#### Da inviare a:

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia di Trento  
Servizio acquisizione e gestione personale convenzionato  
**apss@pec.apss.tn.it**

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 provinciale di pediatria 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 \_\_\_\_\_