

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 _____