

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

*( da presentare entro il 30 aprile)*

**Da inviare a:**

ASUIT - Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino

Servizio acquisizione e gestione personale convenzionato

PEC: [asuit@pec.asuit.tn.it](mailto:asuit@pec.asuit.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/a nella graduatoria provinciale dei medici di medicina generale valida per l'anno in corso 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 di medicina generale da incaricare".

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_