

MODULO C

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PROCEDURA DI RICAMBIO GENERAZIONALE (APP)
(da presentare entro il 30 aprile)

Alla Direzione Generale Welfare Regione Lombardia
welfare@pec.regione.lombardia.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 regionale 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/a nell' "Elenco APP dei medici da incaricare".

Luogo e data _____ Firma _____