

**MODULO C**

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PROCEDURA DI RICAMBIO GENERAZIONALE (APP)  
*(da presentare entro il 31 dicembre 2024)*

Alla Direzione Generale Welfare Regione Lombardia  
[welfare@pec.regione.lombardia.it](mailto: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 \_\_\_\_\_