**MODULO C**

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

**Assistenza Primaria DA INCARICARE**

*(da presentare entro il 30 aprile)*

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_