**MODULO C**

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

**Pediatri da incaricare**

*(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 pediatria di libera scelta valida per l’anno in corso con punti…………….

– di non essere titolare di incarico convenzionale a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta;

**CHIEDE**

di essere inserito/a nell’ “**Elenco APP dei pediatri da incaricare**”.

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