

**Allegato A**

**(Modulo C)**

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

**Marca  
da bollo  
€ 16,00**

All'Assessorato alla Sanità della Regione  
Emilia – Romagna  
Direzione Generale Cura della Persona,  
salute e welfare  
Settore Assistenza Territoriale

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 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 nell' "Elenco APP dei pediatri da incaricare".

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

Firma \_\_\_\_\_