

**Graduatoria regionale provvisoria di Pediatria di libera scelta valevole per l'anno 2019**

ISTANZA DI RIESAME

Alla Regione Emilia-Romagna  
Assessorato alle Politiche per la salute  
Servizio Assistenza Territoriale  
Viale Aldo Moro n. 21  
40127 Bologna

Il/La sottoscritto/a dott. .... nato/a il .....

residente a ..... provincia .....

in Via .....

posizione in graduatoria n. .... punteggio .....

chiede

in base a quanto disposto dall'art. 15, comma 8, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta,  
che venga riesaminata la sua posizione in graduatoria per le ragioni di seguito indicate:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

data

firma

.....

.....