

**Graduatoria regionale provvisoria di Pediatria di libera scelta valevole per l'anno 2015**

ISTANZA DI RIESAME

Alla Regione Emilia-Romagna  
Assessorato alle Politiche per la salute  
Servizio Assistenza Distrettuale,  
Medicina Generale, Pianificazione e  
sviluppo dei servizi sanitari  
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

.....

.....