

**Allegato A**

**(Modulo C)**

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

(da presentare entro il 30 aprile 2025)

**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 medicina generale valida per l'anno 2025 pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione - parte terza - n.367 del 29 novembre 2024, con punti .....
- di non essere titolare di incarico convenzionale a tempo indeterminato di medico di medicina generale;

**CHIEDE**

di essere inserito nell' "Elenco APP dei medici da incaricare".

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

Firma \_\_\_\_\_