FAC-SIMILE DI DOMANDA DI RIESAME DEL PUNTEGGIO RIPORTATO NELLA GRADUATORIA DEI MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA VALEVOLE PER L'ANNO 2017

(IN CARTA LIBERA)

ISTANZA DI RIESAME

Al Dipartimento per la Salute e il Welfare
Servizio Assistenza Distrettuale Territoriale
Medicina Convenzionata e Penitenziaria

Il/La Sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____nato/a il _____

a _____ Prov _____Residente a _____ Prov. _____

Cap_____Via _____n._____

cell. _____ pec _____

CHIEDE

in applicazione dell'art. 15, comma 8, del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici Pediatri di Libera Scelta, che venga riesaminato il punteggio assegnatogli nella graduatoria dei Medici Pediatri di Libera Scelta valevole per l'anno 2017, pubblicata sul BURAT n. 45 del 16/11/2016, <u>per le ragioni di seguito indicate</u> :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Data _____ Firma _____