

**Allegato A**

**(Modulo C)**

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PROCEDURA DI RICAMBIO  
GENERAZIONALE (APP)  
(da presentare entro il 30 aprile 2026)**

**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 2026 pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione - parte terza - n.296 del 28 novembre 2025, 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 \_\_\_\_\_