

PEC: [ast.ancona@emarche.it](mailto:ast.ancona@emarche.it)

SPETT.LE  
AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI ANCONA  
U.O.C. D.A.T. e Medicina Convenzionata  
Ufficio Gestione Graduatorie Regionali M.M.G./P.L.S.  
Viale C. Colombo, 106  
60127 - Ancona

**Oggetto: Istanza di riesame della Graduatoria Regionale Provvisoria della Medicina Generale - anno 2024.**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa .....  
(cognome e nome)

nato/a ..... Prov. .... il ..... residente a  
..... Prov. .... CAP .....  
Via ..... n° .....

**CHIEDE**

il riesame della propria posizione nella Graduatoria Regionale Provvisoria della Medicina Generale a valere per l'anno 2024 per i seguenti motivi (*specificare i motivi esaurientemente*):

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

*Data*

*Firma per esteso*

.....

.....

**Il sottoscrittore della presente istanza di riesame deve allegare copia fronte-retro del documento di identità in corso di validità.**