

**OGGETTO: Modello domanda per la predisposizione di graduatorie aziendali per eventuale conferimento di incarico provvisorio e di sostituzione presso le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA).**

Ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, artt. 46, 47 e 76, consapevole delle conseguenze penali cui può andare incontro, il/la sottoscritto/a:

Dr./ssa \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_, cod.  
EMPAM \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

- a) Medico titolare di incarico a tempo \_\_\_\_\_ nel servizio di Continuità Assistenziale della ASL Brindisi dal \_\_\_\_\_ presso la sede di \_\_\_\_\_ DSS n. \_\_\_\_\_,
- b) Medico iscritto al \_\_\_\_\_ anno del Corso di Formazione specifica in Medicina Generale svolto presso l'ASL \_\_\_\_\_
- c) Medico in possesso del corso di formazione specifica in Medicina Generale conseguito in data \_\_\_\_\_
- d) Medico laureato in Medicina e chirurgia in data \_\_\_\_\_ iscritto all'ordine dei medici di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_,

CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria per il conferimento di incarico convenzionale presso le Unità Speciali di Continuità Assistenziale USCA .

A tal fine dichiara:

- di non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità con l'incarico provvisorio nel servizio di Continuità Assistenziale;
- di non avere riportato provvedimenti disciplinari né avere procedimenti a proprio carico in corso comportanti la cessazione del rapporto convenzionale;
- di esprimere il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dalla Legge n. 675 del 31/12/1996 e successive modificazioni ed integrazioni.

Allega alla presente copia fotostatica di un documento di riconoscimento.

Il/La sottoscritto/a dichiara, fin da ora, di accettare senza alcuna riserva le condizioni fissate dalla delibera di indizione dell'avviso pubblico, dal suddetto Avviso pubblico, dall'A.C.N. che disciplina i rapporti con i medici di Continuità Assistenziale e dall'AIR compatibili con l'incarico in argomento e delle disposizioni Regionali definite per le attività USCA delle quali ha integrale conoscenza.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_