ALL N. 3

Alla ASL/BR
Unità Operativa Gestione Rapporti Convenzionali
Via Napoli, 8
72100 Brindisi
protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it

OGGETTO : **domanda di partecipazione all'avviso pubblico per la formazione delle graduatorie per l'attribuzione di incarichi di Responsabili di branca nella specialistica ambulatoriale interna giusta deliberazione n…….. del** ……..

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_____il_____ e residente a _____ CAP_____ in Via_____ n,_____tel._____ cell _____ email_____ indirizzo PEC _____ di possedere diploma laurea conseguito in data_____ specializzato nella branca di_____ in data_____ titolare a tempo Indeterminato di incarico di Specialista Ambulatoriale Interna, Branca di _____ dell'ASL di Brindisi.

Chiede

di partecipare all'Avviso pubblico per la formazione delle graduatorie per l'attribuzione di incarichi di Responsabili di Branca e relativi sostituti nella Specialistica Ambulatoriale Interna, adottato con deliberazione n……del……, per l'aggregazione di Branche individuate con il n._____ nell'elenco allegato alla suddetta deliberazione.

A tal fine dichiara:

- Di essere titolare a tempo indeterminato di incarico di specialista ambulatoriale interna, Branca di _____ dell'ASL di Brindisi dal _____, a tutt'oggi, per n._____ ore settimanali con un numero di accessi calcolati sulla base del seguente orario di servizio:

	Mattina	Pomeriggio
• Lunedì	dalle _____ alle_____	dalle _____ alle_____
• Martedì	dalle _____ alle_____	dalle _____ alle_____
• Mercoledì	dalle _____ alle_____	dalle _____ alle_____
• Giovedì	dalle _____ alle_____	dalle _____ alle_____
• Venerdì	dalle _____ alle_____	dalle _____ alle_____

-di esprimere il proprio consenso 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.

Allegare alla presente <u>Curriculum Personale</u> e copia fotostatica del <u>documento di riconoscimento</u>.

La domanda di partecipazione dovrà essere inviate unitamente agli allegati in un unico file format pdf,

Il/la sottoscritto/a dichiara, fin da ora, di accettare senza alcuna riserva le condizioni fissate dall'avviso pubblico, dall'ACN e dall'AIR che disciplina i rapporti con i medici Specialisti ambulatoriali, dei quali ha integrale conoscenza.

Luogo e data_____

Firma_____