

**AL DIRETTORE GENERALE ASL BR**  
**U.O. PERS. CONVENZIONATO**  
**VIA NAPOLI, 8 - 72100 BRINDISI**  
protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it

**Richiesta di partecipazione all'avviso di mobilità interna per il trasferimento di sede da parte dei medici titolari di incarico in convenzione a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale della ASL BR, ai sensi dell'art. 33 dell'A.I.R. vigente.**

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_, titolare di incarico in convenzione a tempo indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale dal \_\_\_\_\_ presso la sede di \_\_\_\_\_, attualmente presso la sede di \_\_\_\_\_ del Distretto S.S. n. \_\_\_\_\_, presa visione dell'avviso pubblicato sul sito della ASL BR, approvato con deliberazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, chiede di essere ammesso/a alla mobilità interna per il trasferimento presso le sedi relative alle ore carenti da rilevare.

A tal fine dichiara, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità:

- a) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ ;
- b) di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
indirizzo personale e nominativo di PEC \_\_\_\_\_ ;
- c) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso  
l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_,  
con voto \_\_\_\_\_ ;
- d) di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ ;
- e) di aver maturato anzianità di servizio come titolare di incarico in convenzione a tempo  
indeterminato presso le seguenti sedi e nei sottoindicati periodi:
  - sede \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ,
  - sede \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ,
  - sede \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ;

Allegato A

- f) di trovarsi / non trovarsi **(1)** in alcuna situazione di incompatibilità, ai sensi dell'art. 17 dell'A.C.N. del 29.07.2009;
- g) di esprimere / non esprimere **(1)** il proprio consenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni;
- h) Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ chiede il trasferimento per mobilità interna presso le seguenti sedi indicate in ordine di preferenza:
- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_ ;
- i) Il/La sottoscritto/a dichiara di essere interessato/a altresì ad altre eventuali sedi che dovessero rendersi libere in sede di convocazione e chiede la propria inclusione anche nell'elenco predisposto sulla base delle domande pervenute da allegato B **(2)**

SI

NO

Allega alla presente domanda, a pena di esclusione fotocopia del documento di riconoscimento.

Il/La sottoscritto/a chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente avviso sia effettuata solo ed esclusivamente al seguente indirizzo personale e nominativo di Posta Elettronica Certificata:

\_\_\_\_\_.

Il/La sottoscritto/a dichiara fin da ora di accettare senza alcuna riserva, tutte le condizioni fissate dall'Accordo Collettivo Nazionale del 29.07.2009, che disciplina i rapporti con i medici di Medicina Generale, del quale ha integrale conoscenza, e dichiara formalmente, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e successive modificazioni ed integrazioni, che quanto riportato nella presente domanda corrisponde a verità.

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

- (1)** Lasciare leggibile l'ipotesi che interessa e cancellare l'ipotesi che non interessa.  
**(2)** Barrare l'ipotesi che interessa.