

AZIENDA SANITARIA LOCALE
BRINDISI
VIA NAPOLI 8
72100 BRINDISI
protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

per la formazione di apposita graduatoria valida per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione di CONTINUITA' ASSISTENZIALE ai sensi del comma 6 dell'art 15, come novellato dall'art. 2 dell'ACN 21/06/2018 e dall'art. 1 dell'ACN 18/06/2020

Il/La sottoscritto/a, presa visione del bando, pubblicato sul sito dell'ASL BR in data _____, chiede di essere ammesso/a alla selezione per la formazione della graduatoria aziendale per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione nel servizio di Continuità Assistenziale dell'ASL BR.

A tal fine, ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, artt. 46, 47 e 76, nella consapevolezza delle conseguenze penali cui può andare incontro, dichiara di essere:

nato/a a prov. Il codice
fiscale Residente a
..... prov via
n. c.a.p. Tel Cell.
PEC laureato in Medicina e Chirurgia presso
l'università di In data con voto

- ☐ inserito/a nella Graduatoria Regionale della Medicina Generale – Assistenza Primaria-
valevole per l'anno 2022 pubblicata sul BURP n. 143 suppl. del 18/11/2021, al numero
..... con punti
- ☐ NON inserito/a nella Graduatoria Regionale della Medicina Generale valevole per l'anno
2022, che ha conseguito il titolo di formazione specifica in medicina generale presso
..... In data triennio
- ☐ Iscritto/a al corso di formazione specifica in medicina generale, polo formativo
..... triennio

per il solo affidamento di incarico di sostituzione:

- ☐ medico che ha acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- ☐ medico iscritto al anno di corso di specializzazione in presso l'università di
- ☐ medico titolare di incarico nel servizio di Continuità Assistenziale della ASL _____ dal _____ e di svolgere il servizio presso la sede di _____, e di concorrere, pertanto, ai fini dell'inserimento in separato elenco per eventuale aumento di orario fino al limite massimo di 38 ore settimanali;

FA DOMANDA

Di inserimento nell'apposita Graduatoria Aziendale utile per l'eventuale conferimento di incarichi provvisori o di sostituzione nel servizio di Continuità Assistenziale, per l'intero ambito Aziendale dell'ASL Brindisi, nel rispetto della previsione del comma 6 dell'art 15, come novellato dall'art. 2 dell'ACN 21/06/2018 e dall'art. 1 dell'ACN 18/06/2020 nonché dall'art. 70 dell'ACN e dall'AIR, Dichiaro/a di:

- svolgere / non svolgere altre attività come medico, _____ presso _____ dal _____ al _____ ;

- di non avere riportato provvedimenti disciplinari né di 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 dal D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni

Il/La sottoscritto/a dichiara fin da ora di accettare senza alcuna riserva le condizioni fissate dall'Accordo Collettivo Nazionale e dagli Accordi Integrativi Regionali che disciplinano i rapporti con i medici convenzionati di Continuità Assistenziale, dei quali ha integrale conoscenza e quanto previsto dall'avviso e dall'atto di indizione dello stesso.

Distinti saluti.

Brindisi, li _____.

IN FEDE

.....

Si allega copia di documento di identità