

Bollo

Al Direttore Generale  
A.S.L. BRINDISI  
Via Napoli n. 8  
72100 Brindisi

OGGETTO: Partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione nel servizio di CONTINUITÀ ASSISTENZIALE dell'A.S.L. BR.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, presa visione del bando, pubblicato sul B.U.R.P. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, chiede di essere ammesso/a alla selezione per la formazione della graduatoria e degli elenchi separati 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:

- a) di essere nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_;
- b) codice ENPAM \_\_\_\_\_;
- c) PEC \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(riscrivere in stampatello)
- d) di essere residente nel comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- e) recapito telefonico \_\_\_\_\_;
- f) di essersi laureato/a in data \_\_\_\_\_, con voto \_\_\_\_\_, presso l'Università di \_\_\_\_\_;
- \* Di concorrere per l'inserimento nella graduatoria ASL BR, essendo incluso al n. \_\_\_\_\_, con punti \_\_\_\_\_, nella graduatoria regionale definitiva dell'anno 2018, pubblicata sul BURP n. 144 del 21.12.2017;
- \* Di non essere inserito nella graduatoria regionale, quindi, di concorrere per l'inserimento nell'elenco previsto dalla norma transitoria n. 4 dell'A.C.N., avendo acquisito l'attestato di formazione in medicina generale in data \_\_\_\_\_;
- \* Di essere 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;
- \* Di non essere inserito/a nella graduatoria regionale e di concorrere per l'inclusione nell'elenco previsto dalla norma finale n. 5 dell'A.C.N., avendo acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31.12.94;
- g) di svolgere / non svolgere altre attività come medico, compresi i corsi di formazione e specializzazione (in caso affermativo indicare la natura del rapporto) \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- h) di non avere riportato provvedimenti disciplinari né di avere procedimenti a proprio carico in corso comportanti la cessazione del rapporto convenzionale;
- i) 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.

**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 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.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma non autenticata leggibile

\* apporre una crocetta in corrispondenza della riga interessata