

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

**OGGETTO:** 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'AIR 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 D.G. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, chiede di essere ammesso/a alla selezione per la formulazione di apposita graduatoria, per il trasferimento per mobilità interna presso le sedi relative alle ore carenti da rilevare.

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

- a) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_,
- b) di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Telefono cellulare n. \_\_\_\_\_ Telefono fisso n. \_\_\_\_\_ Indirizzo Personale e Nominativo di Posta Elettronica Certificata \_\_\_\_\_;
- c) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, con voto di laurea \_\_\_\_\_;
- d) di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- e) di essere titolare di incarico in convenzione a tempo indeterminato presso le seguenti sedi e nei sottoindicati periodi:
  - SEDE \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_;
  - SEDE \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_;
  - SEDE \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_;
- f) di trovarsi/non trovarsi **(1)** in alcuna situazione di incompatibilità, ai sensi dell'art. 17 dell'ACN 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:

Allegato A)

- 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

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. del 28/12/2000 n. 445 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) Porre particolare attenzione alla previsione della lettera i) barrando l'ipotesi che interessa.