

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.

Allegato A)

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)

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.