

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 sito dell'ASL BR in data _____, 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 2020, pubblicata sul BURP n. 148 del 19.12.2019 e successiva rettifica pubblicata sul BURP n. 20 del 13.02.2020;

* Di non essere inserito nella graduatoria regionale, avendo acquisito l'attestato di formazione specifica in Medicina Generale in data _____, successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale;

* 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 essere iscritto al _____ anno del corso di formazione specifica in medicina generale (relativo al triennio _____) presso il polo formativo dell'ASL _____

* Di non essere inserito/a nella graduatoria regionale e di concorrere per l'inclusione nell'elenco dei medici che hanno acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31.12.94;

* Di essere iscritto al _____ anno del corso di specializzazione in _____ presso _____

- g) di svolgere / non svolgere altre attività come medico, _____, 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