

All C)



Al Direttore Generale
ASL BR
Via Napoli n. 8
72100 Brindisi

OGGETTO: Partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione nel servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 dell'ASL BR.

Il/La sottoscritto/a _____, presa visione del bando pubblicato sul sito web 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 Emergenza Sanitaria Territoriale 118 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 _____ prov. _____
CAP _____ in via _____ n. _____ ;
- e) recapito telefonico _____ ;
- f) di essersi laureato/a in data _____, con voto _____, presso l'Università di _____ ;
- g) di non essere inserito/a nella graduatoria regionale e di concorrere per l'inserimento nell'elenco ai sensi della lettera:
E 1) dell'avviso, in quanto medico iscritto al _____ anno del corso di formazione specifica in medicina generale, triennio _____ presso il polo formativo di _____, ai sensi dell'art. 15 co. 6 lettera C) ACN 21.06.2018
E 2) dell'avviso, in quanto medico che ha acquisito esclusivamente l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994, ai sensi dell'art. 15 co. 6 lettera D) ACN 21.06.2018;
E 3) dell'avviso, in quanto medico iscritto al _____ anno del corso di specializzazione in _____ presso _____, ai sensi dell'art. 15 co. 6 lettera E) ACN 21.06.2018
- h) di svolgere/non svolgere altre attività compatibili come medico, (in caso affermativo indicare la natura del rapporto)
_____ , _____ presso _____
_____ dal _____ al _____ ;
- i) di non avere riportato provvedimenti disciplinari né avere procedimenti a proprio carico in corso comportanti la cessazione del rapporto convenzionale;
- j) di esprimere il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dalla Legge 31.12.1996 n. 675 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 nel servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118, dei quali ha integrale conoscenza.

Luogo e data

Firma non autenticata leggibile
