

ALLEGATO B)

BOLLO

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

OGGETTO: Domanda di disponibilità per l'attività del servizio di Continuità Assistenziale nelle località turistiche dell'A.S.L. BRINDISI, per il periodo decorrente dal 01.07.2017.

Il/La sottoscritto/a _____, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, artt. 46, 47 e 76, consapevole delle conseguenze penali cui può andare incontro, presa visione del bando pubblicato sul B.U.R.P. n. _____ del _____), chiede di essere ammesso/a alla selezione per la formazione delle graduatorie per il conferimento degli incarichi convenzionali provvisori per l'attività di Continuità Assistenziale nelle località turistiche dell'A.S.L. BRINDISI, per il periodo decorrente dal 01.07.2017.

A tal fine dichiara:

- a) di essere nato/a a _____, il _____, codice fiscale _____;
- b) codice ENPAM _____ tel. _____;
- c) di risiedere nel comune di _____ CAP _____, in via _____ n. _____;
- d) di essersi laureato in data _____, con voto _____, presso l'Università di _____;
- * di concorrere per l'inserimento nella graduatoria ASL BR, essendo incluso nella graduatoria regionale definitiva dell'anno 2016, pubblicata sul BURP n. 140 del 07.12.2016 al n. _____, con punti _____,
- * di non essere inserito nella graduatoria regionale e quindi di concorrere per l'inserimento nell'elenco previsto dalla norma transitoria n. 4 dell'A.C.N. vigente, avendo acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale in data _____;
- * di non essere inserito nella graduatoria regionale e quindi di concorrere per l'inclusione nell'elenco previsto dalla norma finale n. 5 dell'A.C.N. vigente, avendo acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31.12.1994;
- e) di partecipare all'assegnazione degli incarichi secondo il seguente ordine di priorità (indicare numeri progressivi da 1 a 5):
- | | |
|---|------------------------------------|
| - sede di Torre Canne (n. _____) | - sede di Lendinuso (n. _____) |
| - sede di Villanova (n. _____) | - sede di Campo di Mare (n. _____) |
| - sede di Torre Santa Sabina (n. _____) | |
- f) di svolgere / non svolgere alla data del 01.07.2017 altre attività come medico; in caso affermativo indicare la natura del rapporto _____, presso _____;
- g) di essere / non essere iscritto al corso di specializzazione in _____ presso _____;
- h) di essere / non essere iscritto al corso di formazione in medicina di base presso _____;
- i) di trovarsi / non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità con l'incarico provvisorio nel servizio di Continuità Assistenziale;
- j) di avere il seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata (scrivere in stampatello) : _____;
- k) di non avere riportato provvedimenti disciplinari né avere procedimenti a proprio carico in corso comportanti la cessazione del rapporto convenzionale;
- l) di esprimere il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dalla Legge n. 675 del 31.12.1996 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'avviso pubblico e dall'Accordo Collettivo Nazionale che disciplina i rapporti con i medici di Continuità Assistenziale, con applicazione degli istituti normo-economici compatibili con l'attività nelle località turistiche, del quale ha integrale conoscenza.

Luogo e Data _____

Firma _____

* apporre una crocetta in corrispondenza della riga interessata