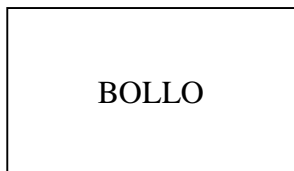


ALLEGATO A)



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

**OGGETTO: Medici titolari nel servizio di Continuità Assistenziale. Disponibilità per l'aumento temporaneo delle ore settimanali oltre il limite di 24, per l'attività nelle località turistiche dell'A.S.L. Brindisi, per il periodo decorrente dal 01.07.2018.**

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, il/la sottoscritto/a Dr./ssa \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_, titolare di incarico a tempo \_\_\_\_\_ nel servizio di Continuità Assistenziale della ASL \_\_, dal \_\_\_\_\_ presso la sede di \_\_\_\_\_ DSS n. \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_, laureato in Medicina e chirurgia in data \_\_\_\_\_, comunica

al fine di concorrere al conferimento di incarico per aumento temporaneo delle ore settimanali oltre il limite di 24 settimanali, la propria disponibilità all'inserimento nella graduatoria aziendale per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori per l'attività nelle località turistiche dell'A.S.L. BR, per il periodo decorrente dal 01.07.2017.

A tal fine dichiara:

- a) 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. (n. \_\_\_\_\_)
  - sede di Villanova (n. \_\_\_\_\_) - sede di Campo di Mare (n. \_\_\_\_\_)
  - sede di Torre S. Sabina (n. \_\_\_\_\_)
- b) di svolgere / non svolgere altre attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto) \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_;
- c) di non essere titolare di incarico di assistenza primaria;
- d) di non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità con l'incarico provvisorio nel servizio di Continuità Assistenziale;
- e) di non avere riportato provvedimenti disciplinari né avere procedimenti a proprio carico in corso comportanti la cessazione del rapporto convenzionale;
- f) di avere il seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata (scrivere in stampatello): \_\_\_\_\_;
- g) 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'A.C.N. 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 \_\_\_\_\_