

Richiesta di partecipazione all'AVVISO DI MOBILITÀ INTERNA per il trasferimento di sede dei medici titolari di incarico in convenzione a tempo indeterminato ovvero temporaneo 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 ovvero temporaneo nel Servizio di Continuità Assistenziale dal _____ presso la sede di _____, attualmente in servizio 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 un'apposita graduatoria utile al trasferimento di sede per mobilità interna, presso le sedi disponibili 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. _____ cellulare n. _____
Indirizzo PEC _____,
- 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 ovvero temporaneo, presso le seguenti sedi:

– SEDE _____ DAL _____ AL _____
– SEDE _____ DAL _____ AL _____
– SEDE _____ DAL _____ AL _____;

- f) di trovarsi/non trovarsi* in alcuna situazione di incompatibilità, ai sensi dell'art. 17 dell'A.C.N. del 29.07.2009 e s.m.i.;
- g) di esprimere/non esprimere* 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;
- h) di chiedere il trasferimento per mobilità interna presso le seguenti sedi indicate in ordine di preferenza:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____ ;

Allega alla presente domanda fotocopia del documento di riconoscimento.

Il/La sottoscritto/a chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente Avviso sia effettuata al seguente Indirizzo 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 e s.m.i., 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.

Luogo e data

firma

* Lasciare leggibile l'ipotesi che interessa e cancellare l'ipotesi che non interessa.