

All C)

Bollo

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

OGGETTO: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori nel servizio di EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 118 dell'ASL BR.

Il/La sottoscritto/a _____, presa visione del bando pubblicato sul B.U.R.P. n. _____ del _____ (all'Albo Pretorio dell'ASL BR), 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 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 _____;
- g) ☐ di non essere inserito/a nella graduatoria regionale, avendo acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31.12.94 e di concorrere per l'inserimento nell'elenco previsto per i medici in possesso dell'attestato di formazione nell'Emergenza Sanitaria (mod. E) conseguito in data _____ presso l'ASL _____;
- ☐ di non essere inserito nella graduatoria regionale e di concorrere esclusivamente avendo acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31.12.94;
- h) di svolgere/non svolgere altre attività come medico, compresi i corsi di formazione e specializzazione (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 che disciplina i rapporti con i medici convenzionati, del quale ha integrale conoscenza e dichiara formalmente, sotto la propria responsabilità ed ai sensi della Legge 28.12.2000 n. 445, artt. 46, 47 e 76, nella consapevolezza delle conseguenze penali cui può andare incontro, che quanto riportato nella presente risponde a verità.

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

* apporre una crocetta in corrispondenza della riga interessata