

All C)

Bollo

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 B.U.R.P. n. _____ del _____, 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 lett. E dell'avviso pubblico, 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 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
