

FAC SIMILE (A)

PER GRADUATORIA REGIONALE DI SETTORE ANNO 2020

AL DIRETTORE GENERALE ASL TA
c.a. U.O. Concorsi, Assunzioni, Gestione del Ruolo, Gestione Amm.va
Personale Convenzionato e P.A.C.
pec: protocollo.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'Avviso pubblico per il conferimento di incarichi provvisori in convenzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 della ASL TA.

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____, nato/a a _____ il _____, residente in _____ CAP _____ alla Via _____ n. _____ codice fiscale _____ recapiti telefonici _____ Indirizzo Personale e Nominativo di Posta Elettronica Certificata _____, in possesso dell'attestato di idoneità all'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale conseguito in data _____ presso la ASL di _____, inserito/a nella Graduatoria Regionale di Medicina Generale di settore valida per l'anno 2020, pubblicata sul BURP n. 148 del 19/12/2019 e successiva rettifica pubblicata sul BURP n. 20 del 13/02/2020, al posto n. _____ con punti _____, con riferimento all'Avviso pubblico indetto da codesta ASL indicato in oggetto e del quale dichiara di avere piena conoscenza in quanto pubblicato nel BURP n. _____ del _____,

CHIEDE

di essere inserito/a nella graduatoria aziendale da utilizzare per il conferimento di incarichi provvisori in convenzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale della ASL TA.

A tal fine, il/la sottoscritto/a dichiara di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17 dell'ACN del 29/07/2009, di avere piena consapevolezza delle norme contenute nel medesimo ACN che regolamentano gli incarichi provvisori e di accettarle senza alcuna riserva.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento U.E. n. 679/2016 e dal D. Lgs. 101/2018 e successive modificazioni ed integrazioni.

Allega alla presente domanda, a pena di esclusione:

- Autocertificazione, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, con indicazione della data e del luogo di conseguimento dello stesso;
- fotocopia di valido documento di identità.

Il/La sottoscritto/a chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente Avviso sia effettuata **solo ed esclusivamente** al seguente **Indirizzo Personale e Nominativo 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, 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.

(data)

(firma)