

## FAC SIMILE (C)

### LEGGE REGIONALE N. 26 DEL 09/08/2006

(Modificata ed integrata dalla Legge Regionale n. 7 del 28/03/2012  
e dalla Legge Regionale n. 67 del 29/12/2017)

**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 \_\_\_\_\_, voto di laurea \_\_\_\_\_ data di laurea \_\_\_\_\_ in possesso dell'attestato di idoneità all'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale conseguito in data \_\_\_\_\_ presso la ASL di \_\_\_\_\_, in servizio con incarico a tempo determinato in convenzione presso \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_ 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, altresì, 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;
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, del servizio prestato nel SET 118, da cui risultino la sede e la decorrenza dell'incarico in convenzione a tempo determinato in atto nonché gli eventuali periodi di interruzione;
- 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)