

AL DIRETTORE GENERALE ASL BR
ALLA U.O. GEST. AMM. PERS. CONVENZIONATO
VIA NAPOLI, 8 - 72100 BRINDISI
PEC: protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it

Richiesta di partecipazione all'avviso di mobilità interna per il trasferimento di sede da parte dei medici titolari di incarico in convenzione a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale della ASL BR, ai sensi dell'art. 33 dell'A.I.R. vigente.

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____, titolare di incarico in convenzione a tempo indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale dal _____ presso la sede di _____, attualmente presso la sede di _____ del Distretto S.S. n. _____, presa visione dell'avviso pubblicato sul sito della ASL BR, approvato con deliberazione n. _____ del _____, chiede di essere ammesso/a alla mobilità interna per il trasferimento presso le sedi relative alle ore carenti da rilevare.

A tal fine dichiara, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità:

- a) di essere nato/a a _____ il _____
Codice Fiscale _____ ;
- b) di risiedere nel Comune di _____ CAP _____ in
via _____ n. _____ Tel. _____
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 _____ ;
- d) di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di _____
dal _____ ;
- e) di aver maturato anzianità di servizio come titolare di incarico in convenzione a tempo
indeterminato presso le seguenti sedi e nei sottoindicati periodi:
 - sede _____ dal _____ al _____ ,
 - sede _____ dal _____ al _____ ,
 - sede _____ dal _____ al _____ ;

Allegato

- f) di trovarsi / non trovarsi **(1)** in situazione di incompatibilità, ai sensi dell'art. 17 dell'A.C.N. del 29.07.2009 e s.m.i.;
- g) di essere informato/a sul trattamento dei dati personali acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dal G.D.P.R. 679/2016 e dal D.Lgs. 196/2003 modificato dal D.Lgs. 101/2018;
- h) Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____ chiede il trasferimento per mobilità interna presso le seguenti sedi indicate in ordine di preferenza:
- 1) _____
 - 2) _____
 - 3) _____
 - 4) _____ ;

Allega alla presente domanda, a pena di esclusione fotocopia del documento di riconoscimento.

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 e s.m.i., nonché dell'Accordo Integrativo Regionale vigente, che disciplinano i rapporti con i medici di Medicina Generale e dei quali ha integrale conoscenza, e dichiara formalmente, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e successive modificazioni ed integrazioni, che quanto riportato nella presente domanda corrisponde a verità.

(data)

(firma)

(1) Lasciare leggibile l'ipotesi che interessa e cancellare l'ipotesi che non interessa.