

Spett.le ASL Lecce  
Via Miglietta 5  
73100 Lecce

**Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi temporanei a completamento orario per i Medici titolari di incarico a tempo Indeterminato di continuità assistenziale – presso l'Istituto Penitenziario di Lecce.**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, presa visione dell'Avviso pubblico del \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_, chiede di essere ammesso alla selezione per la formazione della graduatoria per il conferimento di incarichi provvisori e di reperibilità c/o l'Istituto Penitenziario di Lecce.

A tal fine dichiara

a) di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_;

b) Codice ENPAM \_\_\_\_\_;

c) di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_;

d) \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_;

e) di essersi laureato in data \_\_\_\_\_, con voto \_\_\_\_\_ Università di \_\_\_\_\_;

- Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale della Sede di \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_ e di concorrere ai fini dell'inserimento in separato elenco per eventuale aumento di orario per ulteriori 12 ore settimanali;
- di non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità con l'incarico provvisorio nel Servizio di Continuità Assistenziale;
- di non aver riportato provvedimenti disciplinari, né avere procedimenti a proprio carico in corso comportanti la cessazione del rapporto convenzionale;
- di esprimere il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dal D.lgs 30/06/2003 n. 196 e successive modificazioni e integrazioni.

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Il sottoscritto chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga inviata al seguente indirizzo:

Dr. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Rec.Telef. \_\_\_\_\_

Apporre una crocetta in corrispondenza della linea interessata.

*Luogo e Data*

Firma non autenticata leggibile

Spett.le ASL Lecce  
Via Miglietta 5  
73100 Lecce

**Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi provvisori e di reperibilità, di continuità assistenziale, presso l'Istituto Penitenziario di Lecce – Borgo San Nicola.**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, presa visione dell'Avviso pubblico del \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_, chiede di essere ammesso alla selezione per la formazione della graduatoria per il conferimento di incarichi provvisori e di reperibilità presso l'Istituto Penitenziario di Lecce.

A tal fine dichiara

- a) di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_;
- b) Codice ENPAM \_\_\_\_\_;
- c) di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_;
- d) recapito telefonico \_\_\_\_\_;
- e) di essersi laureato in data \_\_\_\_\_, con voto \_\_\_\_\_ Università di \_\_\_\_\_;
- f) di concorrere per l'inserimento nella graduatoria ASL Lecce:
- essendo incluso al n. \_\_\_\_\_, con punti \_\_\_\_\_, nella graduatoria regionale definitiva dell'anno 2009, pubblicata sul BURP n. 155 del 7/10/2010;
  - di non essere inserito nella graduatoria regionale e., quindi, di concorrere per l'inserimento nell'elenco previsto dalla norma transitoria n. 4 dell'ACN vigente, avendo acquisito l'attestato di formazione specifica in Medicina Generale in data \_\_\_\_\_;
  - di non essere inserito nella graduatoria regionale e, quindi di concorrere per l'inclusione nell'elenco previsto dalla norma finale n. 5 dell'ACN vigente, avendo acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/94;
- g) di svolgere/non svolgere altre attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto) \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- h) di non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità con l'incarico provvisorio nel Servizio di Continuità Assistenziale;
- i) di non aver 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 dal D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modificazioni e integrazioni.

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Il sottoscritto chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga inviata al seguente indirizzo:

Dr. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Rec. Telef. \_\_\_\_\_;

Apporre una crocetta in corrispondenza della linea interessata.

***Luogo e Data***

**Firma leggibile**