

AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA U.S.L. TA
U.O. PERSONALE CONVENZIONATO
VIALE VIRGILIO, 31
74100 TARANTO

OGGETTO: Domanda di disponibilità per l'attività turistiche dell'A.U.S.L.TA, per il periodo dal 1.7.2009-al 31.8.2009.

Il sottoscritto _____, presa visione del bando pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. _____ del _____, chiede di essere ammesso alla pubblica selezione, per la formulazione della graduatoria ed elenchi, per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori per l'attività nelle località turistiche dell'A.U.S.L. TA, per il periodo dal 1.7.2009-al 31.8.2009.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:

Di essere nato a _____ il _____
Codice Fiscale _____;

Codice ENPAM _____;

Di risiedere nel Comune di _____
CAP _____ alla Via _____, n° _____ Recapito
Telefonico n° _____;

Di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e
Chirurgia, conseguito presso l'Università degli studi di
_____ in data _____, con
voto di laurea _____;

- Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____
- di essere titolare di incarico, nel servizio di Continuità Assistenziale, a tempo indeterminato e/o a tempo

determinato (1) della ASL _____ presso la sede di _____, dal _____, e di concorrere ai fini del conferimento di incarico per aumento temporaneo delle ore settimanali oltre il limite di 24 ore settimanali;

- di concorrere per l'inserimento nella graduatoria ASL TA, essendo incluso al n. _____, con punti _____ nella graduatoria regionale definitiva dell'anno 2008, pubblicata sul BURP n. 38 del 11/03/2008;
- di non essere inserito nella graduatoria regionale e, quindi, di concorrere per l'inserimento nell'elenco previsto dalla norma transitoria n. 4 dell'A.C.N. del 23.3.2005, 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'inserimento nell'elenco previsto dalla norma finale n. 5 dell'A.C.N. del 23.3.2005, avendo acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31.12.1994;
- di svolgere/non svolgere altre attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto) _____, presso _____;
- di non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità con l'incarico provvisorio nel servizio di continuità assistenziale;
- di non avere procedimenti disciplinari a proprio carico in corso;
- di esprimere il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto della Legge 31/12/1996, n. 675 e successive modificazioni ed integrazioni.