

(Allegato A)

MEDICI INCLUSI NELLA GRADUATORIA REGIONALE VALEVOLE PER L'ANNO 2021

ASL LECCE  
U.O. GESTIONE RAPPORTI CONVEZIONALI  
VIA DON MINZONI, 8  
73100 LECCE

\_\_\_\_\_  
Marca da bollo

Oggetto: richiesta di partecipazione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori o di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale della Asl Lecce.

Il \_\_\_\_\_ sottoscritto Dottor \_\_\_\_\_ presa  
visione dell'Avviso pubblico

dichiara

a) di essere nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

b) di essere residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

c) Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

d) di essersi laureato/a in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

e) di essere incluso al n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_, nella graduatoria regionale definitiva per l'anno 2021 pubblicata sul BURP N. 30 DEL 25/02/2021

f) Codice enpam \_\_\_\_\_

g) mail \_\_\_\_\_

h) di svolgere/non svolgere altre attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto:

\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Allega alla presente copia fotostatica documento di riconoscimento

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma non autenticata leggibile

(Allegato B)

**MEDICI IN POSSESSO DELL'ATTESTATO DEL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN  
MEDICINA GENERALE**

ASL LECCE  
U.O. CONVENZIONI/  
VIA DON MINZONI, 8  
73100 LECCE

\_\_\_\_\_  
Marca da bollo

Oggetto: richiesta di partecipazione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori o di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale della Asl Lecce.

Il \_\_\_\_\_ sottoscritto Dottor \_\_\_\_\_ presa  
visione dell'Avviso pubblico

dichiara

a) di essere nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

b) di essere residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

c) Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

d) di essersi laureato/a in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

e) di essere in possesso del Corso di Formazione Specifica in medicina generale conseguito in data  
\_\_\_\_\_

f) Codice enpan \_\_\_\_\_

g) mail \_\_\_\_\_

h) di svolgere/non svolgere altre attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto:  
\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allega alla presente copia fotostatica documento di riconoscimento

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma non autenticata leggibile

**Allegato C)**

**MEDICI ISCRITTI A CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE**

ASL LECCE  
U.O. CONVENZIONI  
VIA DON MINZONI, 8  
73100 LECCE

\_\_\_\_\_  
Marca da bollo

Oggetto: richiesta di partecipazione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori o di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale della Asl Lecce.

Il \_\_\_\_\_ sottoscritto Dottor \_\_\_\_\_ presa  
visione dell'Avviso pubblico

dichiara

a) di essere nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

b) di essere residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

c) Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

d) di essersi laureato/a in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

e) di essere iscritto, al Corso di formazione specifica in medicina generale

f) Codice enpam \_\_\_\_\_

g) mail \_\_\_\_\_

h) di svolgere/non svolgere altre attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto:

\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Allega alla presente copia fotostatica documento di riconoscimento

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma non autenticata leggibile

(Allegato D)

**MEDICI NEO ABILITATI  
(ABILITAZIONE PROFESSIONALE SUCCESSIVA ALLA DATA DEL 31/12/1994)**

ASL LECCE  
U.O. CONVENZIONI/  
VIA DON MINZONI, 8  
73100 LECCE

\_\_\_\_\_  
Marca da bollo

Oggetto: richiesta di partecipazione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori o di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale della Asl Lecce.

Il \_\_\_\_\_ sottoscritto Dottor \_\_\_\_\_ presa  
visione dell'Avviso pubblico

dichiara

a) di essere nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

b) di essere residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

c) Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

d) di essersi laureato/a in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

e) di aver acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994

f) Codice enpam \_\_\_\_\_

g) mail \_\_\_\_\_

h) di svolgere/non svolgere altre attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto:

\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Allega alla presente copia fotostatica documento di riconoscimento

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma non autenticata leggibile

(Allegato E)

**MEDICI ISCRITTI A CORSO DI SPECIALIZZAZIONE**

**ASL LECCE  
U.O. CONVENZIONI  
VIA DON MINZONI, 8  
73100 LECCE**

\_\_\_\_\_  
Marca da bollo

Oggetto: richiesta di partecipazione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori o di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale della Asl Lecce.

Il \_\_\_\_\_ sottoscritto Dottor \_\_\_\_\_ presa  
visione dell'Avviso pubblico

dichiara

a) di essere nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

b) di essere residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

c) Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

d) di essersi laureato/a in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

e) di essere iscritto a Scuola di Specializzazione \_\_\_\_\_

f) Codice enpan \_\_\_\_\_

g) mail \_\_\_\_\_

h) di svolgere/non svolgere altre attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto:

\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Allega alla presente copia fotostatica documento di riconoscimento

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma non autenticata leggibile

(Allegato F)

**MEDICI TITOLARI DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO NEL SERVIZIO DI  
CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

ASL LECCE  
U.O. CONVENZIONI  
VIA DON MINZONI, 8  
73100 LECCE

\_\_\_\_\_  
Marca da bollo

Oggetto: richiesta di partecipazione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori o di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale della Asl Lecce.

Il \_\_\_\_\_ sottoscritto Dottor \_\_\_\_\_ presa  
visione dell'Avviso pubblico

dichiara

a) di essere nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

b) di essere residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

c) Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

d) di essersi laureato/a in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

e) di essere titolare di incarico a tempo Indeterminato dal \_\_\_\_\_ nella sede di Continuità  
Assistenziale di \_\_\_\_\_

f) Codice enpam \_\_\_\_\_

g) mail \_\_\_\_\_

h) di svolgere/non svolgere altre attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto:

\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Allega alla presente copia fotostatica documento di riconoscimento

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma non autenticata leggibile