

(Allegato A)

**MEDICI INCLUSI NELLA GRADUATORIA REGIONALE DEI MEDICI DI MEDICINA
GENERALE VALIDA PER L'ANNO 2024**

**ASL LECCE
AREA PERSONALE
U.O.S GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO
Via Pasquale de Lorentiis, 29
73024 Maglie**

Marca da bollo

Oggetto: richiesta di partecipazione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nel ruolo unico di Assistenza primaria ad attività oraria

Il sottoscritto Dottor _____, presa visione dell'Avviso pubblico
dichiara

a) di essere nato il _____ a _____ (_____)

b) Codice fiscale _____

c) di essere residente a _____ Cap _____

Via _____ N° _____

d) Tel. _____ Cell. _____

e) mail _____, pec _____

f) di essere incluso/a al n. _____ con punti _____, nella graduatoria regionale definitiva per la medicina generale anno 2024 pubblicata sul BURP n. 104 del 23/11/2023.

g) di svolgere/non svolgere altra attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto) _____ presso _____ dal _____

Luogo e Data _____

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento

Firma non autenticata leggibile

(Allegato B)

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

**ASL LECCE
AREA PERSONALE
U.O.S GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO
Via Pasquale de Lorentiis, 29
73024 Maglie**

Marca da bollo

Oggetto: richiesta di partecipazione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nel ruolo unico di Assistenza primaria ad attività oraria

Il sottoscritto Dottor _____, presa visione dell'Avviso pubblico
dichiara

a) di essere nato il _____ a _____ (_____)

b) Codice fiscale _____

c) di essere residente a _____ Cap _____

Via _____ N° _____

d) Tel. _____ Cell. _____

e) mail _____, pec _____

f) di essersi laureato in data _____ con voto _____

g) di essere in possesso dell'Attestato del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito in
data _____

h) di svolgere/non svolgere altra attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del
rapporto) _____ presso _____ dal _____

Luogo e Data _____

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento

Firma non autenticata leggibile _

MEDICI ISCRITTI A CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

**ASL LECCE
AREA PERSONALE
U.O.S GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO
Via Pasquale de Lorentiis, 29
73024 Maglie**

Marca da bollo

Oggetto: richiesta di partecipazione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nel ruolo unico di Assistenza primaria ad attività oraria

Il sottoscritto Dottor _____, presa visione dell'Avviso pubblico

dichiara

a) di essere nato il _____ a _____ (_____)

b) Codice fiscale _____

c) di essere residente a _____ Cap _____

Via _____ N° _____

d) Tel. _____ Cell. _____

e) mail _____, pec _____

f) di essersi laureato in data _____ con voto _____

g) di essere iscritto al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale triennio _____

h) di svolgere/non svolgere altra attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto) _____ presso _____ dal _____

Luogo e Data _____

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento

Firma non autenticata leggibile _

MEDICI NEO-ABILITATI

(hanno acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994)

**ASL LECCE
AREA PERSONALE
U.O.S GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO
Via Pasquale de Lorentiis, 29
73024 Maglie**

Marca da bollo

Oggetto: richiesta di partecipazione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nel ruolo unico di Assistenza primaria ad attività oraria

Il sottoscritto Dottor _____, presa visione dell'Avviso pubblico

dichiara

a) di essere nato il _____ a _____ (_____)

b) Codice fiscale _____

c) di essere residente a _____ Cap _____

Via _____ N° _____

d) Tel. _____ Cell. _____

e) mail _____, pec _____

f) di essersi laureato in data _____ con voto _____

h) di svolgere/non svolgere altra attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto) _____ presso _____ dal _____

Luogo e Data _____

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento

Firma non autenticata leggibile

MEDICI ISCRITTI A SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE

ASL LECCE
AREA PERSONALE
U.O.S GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO
Via Pasquale de Lorentiis, 29
73024 Maglie

Marca da bollo

Oggetto: richiesta di partecipazione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nel ruolo unico di Assistenza primaria ad attività oraria

Il sottoscritto Dottor _____, presa visione dell'Avviso pubblico

dichiara

a) di essere nato il _____ a _____ (_____)

b) Codice fiscale _____

c) di essere residente a _____ Cap _____

Via _____ N° _____

d) Tel. _____ Cell. _____

e) mail _____, pec _____

f) di essersi laureato in data _____ con voto _____

g) di essere iscritto a Scuola di Specializzazione

h) di svolgere/non svolgere altra attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto) _____ presso _____ dal _____

Luogo e Data _____

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento

Firma non autenticata leggibile _

**MEDICI TITOLARI DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO DI ASSISTENZA PRIMARIA
AD ATTIVITA' ORARIA**

**ASL LECCE
AREA PERSONALE
U.O.S GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO
Via Pasquale de Lorentiis, 29
73024 Maglie**

Marca da bollo

Oggetto: richiesta di partecipazione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nel ruolo unico di Assistenza primaria ad attività oraria

Il sottoscritto Dottor _____, presa visione dell'Avviso pubblico
dichiara

a) di essere nato il _____ a _____ (_____)

b) Codice fiscale _____

c) di essere residente a _____ Cap _____

Via _____ N° _____

d) Tel. _____ Cell. _____

e) mail _____, pec _____

f) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nella sede
di _____ dal _____

g) di svolgere/non svolgere altra attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del
rapporto) _____ presso _____ dal _____

Luogo e Data _____

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento

Firma non autenticata leggibile _