AZIENDA SOCIOSANITARIA LIGURE N. 5

Mod. AIP a)

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale 28 aprile 2022

**ANNO 2023**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA**

**per trasferimento**, ai sensi della lettera a) dell’avviso

Marca da bollo Spett.le

 (€ 16,00) Azienda Sociosanitaria Ligure n. 5

 S.C. URP, Attività Ospedale-Territorio

 Uff. Gestione delle Convenzioni

 Via Fazio 30

 19121 LA SPEZIA

 PEC: protocollo.generale@asl5.liguria.it

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

M \_\_ F \_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ASL di residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall’articolo 72, comma 3, lettera a) dell’Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, all’assegnazione degli **incarichi vacanti di assistenza penitenziaria** di cui all’avviso pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Liguria n. 23, parte IV, di mercoledì 07/06/2023 e segnatamente per i seguenti incarichi:

|  |
| --- |
| **(indicare, in ordine di priorità di assegnazione gli incarichi per i quali si concorre, riportando i codici identificativi e la medesima descrizione risultante nell’elenco di cui all’avviso)** |
| **Azienda**  **ASL5** | **Ordine di priorità** | **Codice identificativo** | **Descrizione** |
| 1° | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | 2° | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

**A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall’art. 76 del D.P.R 445/2000 e ss.mm.ii., ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii. (dichiarazione sostitutiva di certificazione)**

**DICHIARA**

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con voto di \_\_\_\_\_\_\_/110 o \_\_\_\_\_\_\_\_/100;
2. di aver conseguito l’abilitazione all’esercizio professionale in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. di essere iscritto/a all’Albo Professionale dell’Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. di essere titolare di incarico a tempo di assistenza penitenziaria presso l’Azienda ASL/ATS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
5. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria;

dal\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_ presso la ASL/ATS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Regione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_ presso la ASL/ATS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Regione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_ presso la ASL/ATS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Regione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con anzianità complessiva par a mesi \_\_\_\_\_\_, detratti i periodi di sospensione dall’incarico di cui all’art. 21, comma 1 dell’ACN 28/04/2022 di seguito indicati:

dal\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_ ASL/ATS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Regione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_ ASL/ATS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Regione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria

**Dichiara**, inoltre:

* **di aver preso visione dell’informativa per il trattamento dei dati personali** ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE n. 649/2016, resa da codesta Azienda, allegata all’avviso;
* **di aver preso visione della convocazione ufficiale** alle procedure di assegnazione degli incarichi fissata per il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Prende atto** che ogni comunicazione in merito potrà essere alternativamente effettuata dall’Azienda tramite:

* indirizzo di PEC
* indirizzo di residenza
* indirizzo di domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_ via/piazza ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. civico \_\_\_\_\_\_\_

Allega alla presente:

1. Allegato L “Dichiarazione informativa”
2. Modello E “Dichiarazione pagamento imposta di bollo”
3. Fotocopia fronte/retro di documento di identità in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma per esteso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1)

1. Ai sensi dell’art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l’istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall’interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento d’identità.