

AZIENDA SOCIO SANITARIA LIGURE N. 5

Mod. AIP c)

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

**ANNO 2024**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI  
DI ASSISTENZA PENITENZIARIA  
ai sensi della lettera c) dell'avviso**

Marca da bollo  
(€ 16,00)

Spett.le  
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 INCARICO**

secondo quanto previsto dall'articolo 72, comma 3, lettera c) 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. 14, parte IV, di mercoledì 03/04/2024 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	Ordine di priorità	Codice identificativo	Descrizione
ASL5	1°	_____	

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 aver frequentato il corso di formazione specifica in Medicina Generale (di cui al D.lgs. 368/1999 e ss.mm.ii) relativo al triennio **20\_\_/20\_\_** presso la Regione \_\_\_\_\_ e di **aver conseguito** il titolo di formazione specifica in Medicina Generale **oltre il termine utile per l'inserimento nella graduatoria regionale di Medicina Generale valevole per l'anno 2024**, in data \_\_\_\_\_; (allegare fotocopia del titolo);
- 5) di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

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 e accettare le condizioni e le modalità indicate nell'avviso** relative alla procedura di "assegnazione ai medici che partecipano ai sensi della lettera c)" degli incarichi vacanti di assistenza penitenziaria;
- **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.

---

\_\_\_ Fotocopia titolo di formazione specifica in Medicina Generale (*facoltativa*)

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.