

AZIENDA SOCIO SANITARIA LIGURE N. 5

Mod. AIP a)

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

ANNO 2025

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI ASSISTENZA PENITENZIARIA
per trasferimento, ai sensi della lettera a) 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 TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 72, comma 3, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, all'assegnazione degli **incarichi vacanti per l'assistenza negli istituti penitenziari** di cui all'avviso pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Liguria n. 45, parte IV, di mercoledì 05/11/2025 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°	_____	
	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 pari 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 _____
- 6) 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.