

AZIENDA TUTELA DELLA SALUTE LIGURIA

Mod. MP AIP a)

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale 04/04/2024

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 Tutela della Salute Liguria – ATS Liguria
Piazza della Vittoria, 15
16121 Genova
PEC: protocollo@pec.atsliguria.it

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
nato/a a _____ prov. _____, il _____
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., parte IV, del2026 e segnatamente per i seguenti incarichi (indicare l'area di interesse e l'ordine di priorità):

ORDINE DI PRIORITA'	AREA SOCIO SANITARIA LOCALE	CODICE IDENTIFICATIVO (da indicare nella domanda)
1	AREA SOCIO SANITARIA LOCALE N. ...	
2	AREA SOCIO SANITARIA LOCALE N. ...	
3	AREA SOCIO SANITARIA LOCALE N. ...	

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 indeterminato 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 04/04/2026 di seguito indicati:

dal _____ al _____ ASL/ATS _____ Regione _____
dal _____ al _____ ASL/ATS _____ Regione _____

Dichiara, inoltre:

- **di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali** ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, allegata all'avviso;
- **di aver preso visione e accettare le condizioni e le modalità indicate nell'avviso** relative alla procedura di "assegnazione per trasferimento" degli incarichi vacanti di assistenza penitenziaria;

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.