

AZIENDA TUTELA DELLA SALUTE LIGURIA

Mod. MP AIP e) f)

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

Medici di cui all'art. 9, comma 1, del D.L. n. 135/2018, convertito con Legge n. 12/2019 e ss.mm.ii
(Decreto Semplificazioni)

e di cui all'art. 12, comma 3 del D.L. n. 35/2019, convertito con Legge n. 60/2019 e ss.mm.ii
(Decreto Calabria)

che frequentano il corso di formazione specifica in Medicina Generale in Regione Liguria

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 PARTECIPAZIONE

secondo quanto previsto dall'articolo 72, comma 3, lettera d) e lettera e) 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 essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita in data _____ o nella sessione n. _____ dell'anno _____, presso l'Università di _____;
- 3) di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____, dal _____;
- 4) ☐ di partecipare ai sensi della **lettera e)** dell'avviso: *medici di cui all'articolo 9 comma1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e ss.mm.ii. (Decreto Semplificazioni).*
Pertanto, dichiara di frequentare:

☐ il terzo anno

☐ il secondo anno

☐ il primo anno

del corso di formazione specifica in Medicina Generale relativo al triennio _____/_____ istituito presso la **Regione Liguria** - data di inizio della frequenza del corso: _____.

☐ di partecipare ai sensi della **lettera f)** dell'avviso: *medici ai sensi dell'art. 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60 e ss.mm.ii. (Decreto Calabria).*

Pertanto dichiara di frequentare:

☐ il terzo anno

☐ il secondo anno

☐ il primo anno

del corso di formazione specifica in Medicina Generale relativo al triennio _____/_____, istituito presso la **Regione Liguria** – data di inizio della frequenza del corso: _____

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, 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 sensi della lettera ☐ e) ☐ f)" degli incarichi vacanti di assistenza penitenziaria ai medici in formazione;

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.