

Bollo
€ 16,00

ASL TERAMO
U.O.C. Attività amministrative
Assistenza territoriale e distrettuale
Pec: cast@pec.aslteramo.it

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA A TEMPO INDETERMINATO (art. 72, comma 3, lett. a) ACN MMG del 04.04.2024) PER TRASFERIMENTO.

Il/La sottoscritto/a

Dr./Dr.ssa _____

nato/a il ____ / ____ / ____ a _____

residente a _____ in Via/Piazza n. _____

_____ CAP _____

n° tel. _____ n° cellulare _____ indirizzo PEC: _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del T.U. D.P.R. 445/00, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dell'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA

- Di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ con voto _____;
- Di essere:
 - titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Penitenziaria presso ASL di _____ della Regione Abruzzo, nella sede di _____ dal _____ e con anzianità di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Penitenziaria pari a mesi n. _____ (detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico);
 - titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Penitenziaria presso ASL di _____ (diversa dalla Regione Abruzzo), nella sede di _____ dal _____ e con anzianità di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Penitenziaria pari a mesi n. _____ (detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico);

- Di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità ai sensi delle vigenti norme di settore (Art. 21 A.C.N.)

A tal fine il/la sottoscritto/a presenta

ISTANZA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 72, comma 3, lettera a) dell'ACN di Medicina Generale del 04.04.2024 per l'assegnazione di incarico vacante di Assistenza Penitenziaria a tempo indeterminato.

Dichiaro, inoltre, di essere disponibile a rimuovere eventuali incompatibilità rilevate.

Allega alla presente: dichiarazione informativa (dichiarazione sostitutiva di atto notorio); copia fronte/retro del documento di riconoscimento in corso di validità;

Luogo e data _____

Firma _____

Bollo
€ 16,00

Mod. B)

ASL TERAMO
U.O.C. Attività amministrative
Assistenza territoriale e distrettuale
Pec: cast@pec.aslteramo.it

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA A TEMPO INDETERMINATO (art. 72, comma 3, lett. b), lett. c), lett. d), lett.e) e lett. f) ACN MMG del 04.04.2024) PER TITOLI.

Il/La sottoscritto/a

Dr./Dr.ssa _____

nato/a il ____ / ____ / ____ a _____

residente a _____ in Via/Piazza n. _____

_____ CAP _____

n° tel. _____ n° cellulare _____ indirizzo PEC: _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del T.U. D.P.R. 445/00, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dell'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA

- Di essere residente:
 - nella Regione Abruzzo dal _____ nel Comune di _____ Prov. _____ dal _____;
 - presso altra Regione _____ (*indicare Regione di residenza diversa dalla Regione Abruzzo*);
- Di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ con voto _____;
- Di essere:
 - già inserito nella graduatoria della Regione Abruzzo per la Medicina Generale anno 2024 con punteggio _____;
 - oppure

- in possesso dei requisiti di cui all'art. 34, comma 5, lett. c) dell'ACN MMG del 04.04.2024 (Attestato di Formazione in MG conseguito successivamente alla data del 31.01.2023 ossia il termine di scadenza per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria della Regione Abruzzo);
- in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compreso nel punto precedente;
- di frequentare il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale presso la Regione Abruzzo:
 - ai sensi del D.L. n. 135/2018 convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 12/2019, relativo al corso triennale a.a. _____/_____ effettivamente iniziato in data _____ corrispondente all'anno di frequenza 1^ anno 2^ anno 3^ anno oppure
 - tramite graduatoria riservata senza borsa di studio ai sensi del "Decreto Calabria" (D.L. n. 35/2019 convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 60/2019) relativo al corso triennale a.a. _____/_____ effettivamente iniziato in data _____ corrispondente all'anno di frequenza 1^ anno 2^ anno 3^ anno
- Di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità ai sensi delle vigenti norme di settore (Art. 21 A.C.N.)

A tal fine il/la sottoscritto/a presenta

ISTANZA

per l'assegnazione di incarico vacante di Assistenza Penitenziaria a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 72, comma 3, lett. b), c), d), e) ed f).

Dichiaro, inoltre, di essere disponibile a rimuovere eventuali incompatibilità rilevate.

Allega alla presente: dichiarazione informativa (dichiarazione sostitutiva di atto notorio); copia fronte/retro del documento di riconoscimento in corso di validità;

Luogo e data _____

Firma _____