

Bollo  
€ 16,00

\  
riorganizzazione dell'Assistenza Terr.le

**ASL TERAMO**  
**U.O.C. Attività amministrative**  
**Assistenza Terr.le e Distr.le e supporto alla**  
**Pec: [cast@pec.aslteramo.it](mailto: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)

supporto alla riorganizzazione dell'Assistenza Terr.le  
ASL TERAMO  
U.O.C. Attività amministrative  
Assistenza Terr.le e Distr.le e  
Pec: [cast@pec.aslteramo.it](mailto: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 \_\_\_\_\_