

Domanda per la partecipazione all'avviso per l'attribuzione di n.7 Incarichi vacanti di Medico di assistenza negli istituti penitenziari a tempo indeterminato – 24 ore settimanali - ex Art. 72 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 28 aprile 2022.

ALL' AZIENDA USL DI PIACENZA
U.O. Gestione Personale Convenzionato
contatinfo@pec.ausl.pc.it

Il/La sottoscritto/a _____ nato
a _____ il _____ residente a _____
Via/Piazza _____ n. _____
Tel _____ Cell _____
email _____

CHIEDE

Di partecipare all'avviso per l'attribuzione di n. 7 incarichi vacanti di medico di assistenza negli istituti penitenziari a tempo indeterminato 24 ore settimanali.

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000),

DICHIARA

- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con la votazione di _____
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato in qualità di medico di assistenza penitenziaria dal _____ presso _____
- di essere inserito nella graduatoria regionale (Regione Emilia Romagna) di medicina generale valevole per l'anno 2024 alla posizione n. _____
- di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito in data _____ presso _____ Regione _____;
- di frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale presso _____ Regione Emilia Romagna in applicazione dell'art. 9 comma 1 D.L. 135/2018 convertito con modificazioni dalla legge 11 febbraio 2019 n. 12. E di essere al _____ anno di corso;
- di frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale presso _____ Regione Emilia Romagna in applicazione dell'art. 12 comma 3 D.L. 35/2019 convertito con modificazioni dalla legge 25 giugno 2019 n. 60. E di essere al _____ anno di corso;

- di essere residente nel comune di _____ provincia di _____ da almeno due anni alla data di scadenza del termine per la presentazione della presente domanda.

DICHIARA INOLTRE

di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla privacy, che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Comunicazioni con l'AUSL di Piacenza

Il sottoscritto comunica che il proprio indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) è il seguente:

_____ (si chiede di scrivere l'indirizzo in caratteri ben leggibili).

Con la firma del presente modulo il sottoscritto dichiara di essere consapevole che l'Azienda USL di Piacenza utilizzerà l'indirizzo di posta elettronica certificata indicato per tutte le comunicazioni istituzionali e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali cambiamenti di indirizzo PEC.

Data ____ / ____ / ____

*Firma per esteso

(*) A pena di esclusione la presente comunicazione di disponibilità deve essere sottoscritta dall'interessato ed **accompagnata dalla fotocopia leggibile (non autenticata) di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.**

Si precisa che le dichiarazioni sostitutive prodotte ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000 devono contenere tutti gli elementi utili alla valutazione delle posizioni dichiarate nonché la specifica indicazione dell'ente pubblico, incaricato di pubblico servizio o altro soggetto competente al rilascio delle corrispondenti certificazioni.

DA INVIARE IN ALLEGATO ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI
INCARICHI VACANTI PER MEDICI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA
INOLTRATA VIA PEC

ASSOLVIMENTO IMPOSTA DI BOLLO
DICHIARAZIONE ex artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000

Spazio per l'apposizione
della marca da bollo, da
annullare con data e
firma

La/Il sottoscritto/a _____
(Cognome) (Nome)

nata/o a _____ (Prov.) _____ il ____ / ____ / ____

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art.76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

DICHIARA

Di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 dovuta con riferimento alla

DOMANDA del ____ / ____ / ____, presentata per:

tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo, trattenuta presso il mittente a disposizione degli organi di controllo;

a tal proposito dichiara che la marca da bollo di euro 16,00 applicata ha l'**IDENTIFICATIVO**

n. _____ del ____ / ____ / ____.

dichiara altresì

di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a **conservare il presente documento** e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

La presente dichiarazione deve essere firmata (in forma autografa o digitale) da chi la rende e accompagnata da copia di un documento di identità valido.

data

firma _____