

## All. A

**Domanda per la partecipazione all'avviso per l'attribuzione di incarichi vacanti di Medico di assistenza negli istituti penitenziari a tempo indeterminato – ai sensi dell'Art. 72 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 28 aprile 2022.**

ALL' AZIENDA USL DI BOLOGNA  
Dipartimento Cure Primarie  
dipartimento.cureprimarie@pec.ausl.bologna.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. 15 incarichi vacanti di medico di assistenza negli istituti penitenziari a tempo indeterminato per n. 24 ore settimanali da svolgersi presso la Casa Circondariale "Rocco d'Amato" di Bologna. (INC.: **N: 1**)
- n. 1 incarico vacante di medico di assistenza negli istituti penitenziari a tempo indeterminato per n. 36 ore settimanali da svolgersi presso l'Istituto Penale Minorile "Pietro Siciliani" di Bologna (INC.: **N: 2**)
- n. 1 incarico vacante di medico di assistenza negli istituti penitenziari a tempo indeterminato per n. 24 ore settimanali da svolgersi presso l'Istituto Penale Minorile "Pietro Siciliani" di Bologna (INC.: **N: 3**)

In caso di scelta per più incarichi, indicare l'ordine di preferenza di assegnazione:

1° INC. N \_\_\_\_\_

2° INC. N \_\_\_\_\_

3° INC. N \_\_\_\_\_

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 2023 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 iscritto al \_\_\_\_\_ anno di corso;
- di essere residente nel comune di \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_ dal: \_\_\_\_\_ (almeno due anni antecedenti la 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 Bologna

Secondo quanto previsto dalla legge 2/2009 il professionista medico iscritto all'ordine ha l'obbligo di attivare un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) per facilitare le comunicazioni con la pubblica amministrazione.

**In adempimento della normativa summenzionata 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 Bologna 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.