



Bollo

€ 16,00

All'ASST Lariana

PEC:

protocollo@pec.asst-lariana.it

**Oggetto: Domanda per l'inserimento nella graduatoria aziendale per l'assegnazione d'incarichi vacanti a tempo indeterminato (ovvero incarichi temporanei nei casi previsti dall'ACN all'art.72 c.3 d) ed e)) di medici di assistenza penitenziaria per la Casa circondariale di Como (ex art. 72 Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale – ACN - 28.04.2022 e ss.mm.).**

Il/La sottoscritto/a Dr./ssa .....  
nato/a a ..... Prov..... il .....  
Codice Fiscale ..... Residente a ..... Prov. ....  
C.A.P. .... Via ..... n. .... Cell. ....  
PEC personale .....(obbligatoria)  
E-mail .....

**CHIEDE**

di essere inserito/a nella graduatoria di ASST Lariana dei Medici disponibili per l'attribuzione di incarichi vacanti a tempo indeterminato di medici di assistenza penitenziaria per la Casa circondariale di Como (ex art. 72 Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale 28.04.2022 e ss.mm.).

A tale fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

(compilare l'opzione che interessa a), b), c), d) )

ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

a)  **Per i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria da almeno un anno che chiedono il trasferimento.**

- di avere la seguente anzianità di **incarico a tempo indeterminato nell'assistenza penitenziaria** non considerando i periodi di eventuale sospensione dell'incarico per aver svolto la seguente attività:

Casa circondariale/Ente	n. ore	dal	al
presso cui si è esercitato o si esercita	sett.		



.....

.....

.....

- di essere nato il ..... e di aver conseguito la laurea il giorno .....con il voto di.....

N.b.: il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza.

b)  **Per i medici inclusi nella graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno in corso;**

- di aver conseguito il seguente **punteggio nella graduatoria regionale** di medicina generale di cui all'articolo 19 dell'ACN .....;
  - di essere medico nell'ambito di Como Brunate dell'ASST Lariana nella quale è vacante l'incarico per la Casa circondariale di Como (relativo alla presente domanda) e di risiedere fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (cioè di risiedere almeno dal 31.1.2021) e che tale requisito sarà mantenuto fino al conferimento dell'incarico; oppure
  - di essere medico residente nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (cioè di risiedere almeno dal 31.1.2021) e che tale requisito sarà mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

- di essere nato il ..... e di aver conseguito la laurea il giorno .....con il voto di.....

c)  **di essere medico che ha acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale** (cioè dopo il 31.1.2023);

- di essere nato il ..... e di aver conseguito la laurea il giorno .....con il voto di.....

d)  **di essere medico di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135** convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione;

- di essere medico frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione il cui inizio effettivo è avvenuto in data ..... e di essere arrivato all'annualità (specificare l'annualità: prima, seconda, terza) .....
- di essere nato il ..... e di aver conseguito la laurea il giorno .....con il voto di.....

e)  **di essere medico di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito**, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione.

- di essere medico frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione il cui inizio effettivo è avvenuto in data ..... e di essere arrivato all'annualità (specificare l'annualità: prima, seconda, terza) .....
- di essere nato il ..... e di aver conseguito la laurea il giorno .....con il voto di.....

NOTE.....

.....

.....



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Lariana

ai sensi del Regolamento (UE) 2013/679 del 27 aprile 2016, autorizza ASST a sottoporre al trattamento dati personali che riguardano il/la sottoscritto/a in quanto necessari ai fini dell'espletamento delle attività connesse al procedimento di conferimento degli incarichi predetti, nonché per i connessi obblighi di legge.

Luogo e data .....

In fede

.....

Si allega: **fotocopia fronte/retro del documento di identità valido**  
(art. 38 del DPR 445/2000).

N.B.: Fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 qualora dal controllo di cui all'art. 71 del medesimo Decreto emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.