

ALLEGATO A)

Al Direttore Generale ASL Pescara

Dipartimento Amministrativo

U.O.C. Dinamiche del Personale

Ufficio Sanitari Convenzionati

PEC: [medicinaconvenzionata.aslpe@pec.it](mailto:medicinaconvenzionata.aslpe@pec.it)

**CODICE IDENTIFICATIVO**

indicato sulla marca da bollo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

**all’assegnazione degli incarichi vacanti di medico di Assistenza Penitenziaria**

**(art. 72, comma 3, lett. a) ACN 28/04/2022**

Il/La sottotoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

P.E.C. (leggibile,in stampatello)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di partecipare all’avviso pubblico per il conferimento di incarichi a tempo indeterminato di Assistenza Penitenziaria presso la Casa Circondariale di Pescara, e a tal fine sotto la propria responsabilità personale, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000,

**D I C H I A R A**

* di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere iscritto all’Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ numero iscrizione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di aver conseguito l’Abilitazione all’esercizio della Professione di Medico Chirurgo in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere:

- titolare di incarico a tempo INDETERMINATO di Assistenza Penitenziaria presso la 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);

oppure

- titolare di incarico a tempo INDETERMINATO di Assistenza Penitenziaria presso la ASL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (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);

A tal fine, il/la sottoscritto/a presenta

ISTANZA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall’art. 72, comma 3, lett. a). dell’ACN 28/04/2022, per l’assegnazione degli incarichi vacanti di Assistenza Penitenziaria pubblicati sul BURA Speciale Abruzzo n° 108 del 14 LUGLIO 2023

Chiede che ogni comunicazione in merito alla presente procedura venga indirizzata presso il seguente indirizzo PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega alla presente: dichiarazione informativa (dichiarazione sostitutiva di atto notorio); copia fronte retro di documento di riconoscimento in corso di validità; dichiarazione di assolvimento imposta di bollo.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_