

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI DI
MEDICO DI ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI A TEMPO INDETERMINATO
PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE DI TRENTO**

ai sensi dell'art.72 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di
medicina generale 04 aprile 2024 e s.m.i.

**Bollo
€ 16,00**
oppure
PAGAMENTO PagoPa

Spett.le ASUIT
c.a. Servizio Acquisizione e Gestione del
Personale Convenzionato
asuit@pec.asuit.tn.it

Indicare nell'oggetto dell'email di invio
"DOMANDA ASSISTENZA PENITENZIARIA"

Il/La sottoscritto/a dott./dott.sa

nato/a a

Prov.

, il

Codice Fiscale

residente a

in Via

n.

Cap

Prov.

tel.

cell.

e mail

Indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata – Legge n.2/2009 - OBBLIGATORIA):

CHIEDE

di partecipare all'avviso, pubblicato sul BUR n. [] del [], per l'assegnazione di incarichi per l'assistenza negli istituti penitenziari a tempo indeterminato a 38 ore settimanali o a 24 ore settimanali come medico frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale in attesa del completamento del corso di formazione.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28.12.200, n. 445 e successive modifiche e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 e s.m.i. nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del medesimo DPR 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni non veritiere

DICHIARA

1. di essersi laureato/a in medicina e chirurgia il []/[]/[], con voto []/[] presso l'università di []

2. di essersi abilitato/a presso []
in data []/[]/[]

3. di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici di []
dal []/[]/[]

4. ☐ di essere ☐ di non essere

residente in Provincia di Trento dal []/[]/[]

5. ☐ di essere ☐ di non essere

titolare di incarico a tempo indeterminato (detratti i periodi di sospensione art. 22 dell'ACN 2024 e s.m.i.) in qualità di medico di assistenza penitenziaria

• dal []/[]/[] presso [] PEC dell'Ente []

• dal []/[]/[] presso [] PEC dell'Ente []

eventuale periodi di sospensione dal []/[]/[] al []/[]/[]

6. ☐ di essere ☐ di non essere

inserito/a nella graduatoria provinciale di medicina generale anno 2026 con punteggio pari a

7. ☐ di essere ☐ di non essere

in possesso dell'attestato di medicina generale dal // conseguito presso

PEC Scuola

8. ☐ di frequentare ☐ di non frequentare

il corso di formazione specifica in medicina generale - in applicazione dell'art. 9 comma 1 D.L.

135/2018 convertito con modificazioni della legge 11/02/2019 n. 12 - dal //

annualità di frequenza presso

PEC Scuola

9. ☐ di frequentare ☐ di non frequentare

il corso di formazione specifica in medicina generale - in applicazione dell'art. 12 comma 3

D.L.35/2019 convertito con modificazioni della legge 25/06/2019 n. 60 - dal //

annualità di frequenza presso

PEC Scuola

Allegati: copia di un documento d'identità ed eventuale ricevuta del pagamento del bollo tramite PagoPa

Data e luogo

Il dichiarante
(firma per esteso e leggibile)

Informativa ai sensi del Regolamento Ue 2016/679. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno trattati dall'amministrazione, anche con strumenti informatici, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali. L'interessato può richiedere in qualsiasi momento l'accesso ai propri dati personali e ottenere copia degli stessi, la loro rettifica o integrazione, ove li ritenga inesatti o incompleti. Qualora ricorrano i presupposti normativi, l'interessato può inoltre opporsi al trattamento dei dati, richiederne la cancellazione o esercitare il diritto di limitazione. L'interessato ha altresì diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di trattamento illecito.