

All'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO
Staff della Direzione Amministrativa
SOC Organizzazione Medicina a Ciclo
di Fiducia
mmg.uslcentro@postacert.toscana.it

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Sesso ☐ M ☐ F

Codice Regionale |_|_|_|_|_|_|_|_|

Residente nel Comune di

_____ Via/piazza _____

_____ N° _____

Domiciliato nel Comune di **(da compilare se diverso dalla residenza)**

_____ Via/piazza _____

_____ N° _____

Recapiti telefonici

Cellulare (**) _____ Altro (facoltativo) _____

Indirizzo mail (**) _____

Indirizzo PEC* _____

(*richiedibile anche all'OMCeO d'iscrizione)

() campi obbligatori**

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO A PARTECIPARE ALLA PROCEDURA FINALIZZATA AL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI RESPONSABILE DI PRESIDIO SANITARIO CARCERARIO DELL'AZIENDA AUSL TOSCANA CENTRO PRESSO LA STRUTTURA **(barrare la/e struttura/e interessata/e)**:

- ☐ Responsabile Presidio Sanitario Struttura Carceraria – Prato La Dogaia
- ☐ Responsabile Presidio Sanitario Struttura Carceraria – Pistoia Santa Caterina
- ☐ Responsabile Presidio Sanitario Struttura Carceraria – Firenze Sollicciano
- ☐ Responsabile Presidio Sanitario Struttura Carceraria – Firenze Gozzini
- ☐ Responsabile Presidio Sanitario Struttura Carceraria Minorile Meucci – Firenze

A tale scopo, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del DPR. N. 445/2000,

DICHIARA

quanto segue ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000:

Di essere in possesso della cittadinanza _____;

Di avere conseguito la laurea in _____

Presso l'Università degli Studi di _____ in data
_____ con il voto di _____;

Di _____ essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di
_____ dal _____;

Di avere svolto attività di Medicina Penitenziaria (incarichi, sostituzioni, ecc):

Dal _____ al _____ presso la Casa Circondariale di
_____;

Dal _____ al _____ presso la Casa Circondariale di
_____;

Dal _____ al _____ presso la Casa Circondariale di
_____;

(L'aspirante ha l'obbligo di comunicare gli eventuali cambiamenti di indirizzo eMail/PEC ai competenti uffici amministrativi dell'Azienda USL Toscana Centro la quale non assume responsabilità alcuna nel caso di irreperibilità presso l'indirizzo comunicato. L'Azienda USL Toscana Centro inoltre non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito eMail/PEC oppure da tardiva o mancata comunicazione del cambiamento dell'indirizzo eMail/PEC indicato in domanda, ne' per eventuali disguidi comunque imputabili a fatti di terzi o a casi fortuiti di forza maggiore).

L'aspirante dichiara di aver preso visione dell'avviso concernente la procedura di cui si tratta e di accettarne integralmente il contenuto.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, dall'Azienda USL Toscana Centro, titolare del trattamento esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Dichiara inoltre di essere consapevole - e di dare il proprio consenso – che la graduatoria, nonché i nominativi degli esclusi, verranno pubblicati sul sito aziendale.

Al fine di rendere valida ogni dichiarazione resa sopra allego alla presente **fotocopia di un valido documento di identità** (in caso di PEC da scannerizzare ed allegare alla mail).

Data _____

Firma per esteso _____