

Azienda USL Toscana Centro  
Pec: [personaleconvenzionato@postacert.toscana.it](mailto:personaleconvenzionato@postacert.toscana.it)

Azienda USL Toscana centro



Oggetto: Accettazione incarico a Tempo Indeterminato di Medicina Penitenziaria

Il sottoscritto ..... nato a .....  
il..... residente a .....  
via .....n. .... Cell .....

### DICHIARA

di non poter partecipare alla convocazione del ..... ed esprime la propria disponibilità all'accettazione di incarico a Tempo Indeterminato di Medico di Medicina Penitenziaria secondo il seguente ordine di priorità (riportare la denominazione o la descrizione per intero della Casa Circondariale), consapevole che sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati:

Asl Toscana ..... Casa Circondariale di .....  
Asl Toscana ..... Casa Circondariale di .....  
Asl Toscana ..... Casa Circondariale di .....  
Asl Toscana ..... Casa Circondariale di .....  
Asl Toscana ..... Casa Circondariale di .....  
Asl Toscana ..... Casa Circondariale di .....  
Asl Toscana ..... Casa Circondariale di .....  
Asl Toscana ..... Casa Circondariale di .....

### PRENDO ATTO

- di essere a conoscenza che l'incarico di Medico di Medicina Penitenziaria viene conferito dalla Azienda USL prescelta titolare del rapporto di lavoro, con provvedimento formale condizionato al possesso dei requisiti di cui all'art. 72, comma 14 e comma 15 A.C.N. del 04/04/2024;
- di essere consapevole che il medico che accetta l'incarico non può partecipare all'assegnazione di incarichi pubblicati nel corso dello stesso anno.

In caso di accettazione per TRASFERIMENTO, dichiaro inoltre

- di essere consapevole che, in base all'art. 72, comma 10 dell'ACN 2024, il medico che accetta per trasferimento decadere dall'incarico di provenienza – Casa Circondariale di \_\_\_\_\_. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza;
- che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgo altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN.

Si allegano:

- Autocertificazione informativa
- Fotocopia di documento di identità

Data.....

Firma .....