

Spett.le
Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale
SOC Relazioni sindacali ed applicazioni contrattuali
asufc@certsanita.fvg.it

Il/la sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via/piazza _____

CHIEDE

di essere inserito/a nella graduatoria aziendale dei medici disponibili al conferimento di incarichi del ruolo unico di assistenza primaria a tempo determinato, a ciclo di scelta e/o attività oraria, esprimendo la propria disponibilità come di seguito indicato¹:

- A) attività a ciclo di scelta e attività oraria, modulata ex art. 38, comma 1, dell'ACN;
- B) attività oraria pari a 38 ore settimanali, comprensiva, in relazione alle esigenze nel tempo emergenti, dell'assistenza ai non residenti nelle località turistiche e dell'assistenza negli istituti penitenziari;
- C) attività oraria pari a 24 ore settimanali ex art. 38, comma 9, ACN 4 aprile 2024, riservata ai medici in formazione, comprensiva, in relazione alle esigenze nel tempo emergenti, dell'assistenza ai non residenti nelle località turistiche e dell'assistenza negli istituti penitenziari;

A tal fine, sotto la propria responsabilità, secondo quanto previsto dagli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 del DPR n. 445/2000),

DICHIARA²

- di essere cittadino/a _____ ;
- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e chirurgia conseguito il _____³
presso l'Università degli studi denominata _____
di _____ con voto di laurea _____ ;
- di essere stato abilitato all'esercizio professionale in data _____
presso l'Università di _____ ;

¹ Selezionare l'ipotesi prescelta; ai medici non in formazione è consentito scegliere una o entrambe le lettere A) e B); la lettera C) è riservata ai medici in formazione

² Barrare le voci che non interessano ed eventualmente compilare quanto richiesto

³ Indicare giorno, mese e anno

- oppure di essere in possesso della laurea abilitante conseguita presso l'Università di _____ in data _____;
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____ al _____ con n. _____;
- di non aver riportato condanne penali, di non essere destinatario di provvedimenti giudiziari iscritti nel casellario giudiziale e di non essere destinatario di sentenza definitiva che disponga l'applicazione della pena su richiesta ex art. 444 del codice di procedura penale / di aver riportato le seguenti condanne penali e/o di avere i seguenti procedimenti penali in corso _____;
 - di non essere / essere iscritto nella graduatoria unica regionale del Friuli Venezia Giulia per i medici di assistenza primaria, con il punteggio di _____;
 - di non essere / essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale conseguito in data _____ presso _____;
 - di non essere / essere iscritto/a al _____ anno del corso di formazione specifica in medicina generale presso la regione _____;
 - di non essere / essere iscritto/a al _____ anno del corso di formazione specifica in medicina generale secondo quanto previsto dal decreto-legge n. 35/2019 (cd. Decreto Calabria) presso la regione _____;
 - di non essere / essere iscritto/a alla scuola di specializzazione in _____ presso l'Università di _____;
 - di non svolgere / svolgere altra attività _____⁴;
 - di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 21 dell'ACN 4 aprile 2024 / di impegnarsi a far cessare alla data di effettivo conferimento dell'incarico le eventuali situazioni di incompatibilità sussistenti;
 - di non godere di alcun trattamento di quiescenza / di godere di trattamento di quiescenza da parte dell'ente _____ per lo svolgimento della seguente attività _____;
 - di avere / non avere subito una sanzione disciplinare ex art. 25 dell'ACN [*In caso di risposta affermativa indicare la sanzione e riportare gli estremi dell'ente e dell'atto di irrogazione della medesima* _____];
 - di accettare pienamente le condizioni fissate dall'Accordo collettivo nazionale per la disciplina normativa e per il trattamento economico dei medici di medicina generale del quale è ad integrale conoscenza;

⁴ Specificare le attività espletate

- di autorizzare / non autorizzare⁵ l'Azienda a comunicare il proprio nominativo e il recapito telefonico (cellulare) ai colleghi già incaricati nel servizio per eventuali contatti ai fini delle sostituzioni nell'ambito del servizio di assistenza primaria ad attività oraria e di assistenza penitenziaria.

Il/La sottoscritto/a comunica, impegnandosi ad aggiornare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire in seguito, i recapiti a cui far pervenire ogni necessaria comunicazione relativa alla presente manifestazione d'interesse:

PEC _____

Telefono cellulare n. _____

E-mail _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per la presente istanza con la marca da bollo identificata da numero: _____ del _____.

Il/La sottoscritto/a allega, infine, copia non autenticata di un documento di identità⁶.

Dichiara, infine, di essere informato/a che i dati sopra riportati, spontaneamente forniti e indispensabili ai fini della valutazione della richiesta presentata, saranno trattati a norma del regolamento UE 2016/679 e del d.lgs. n. 196/2003.

(luogo, data)

(firma)

⁵ Cancellare la parte che non interessa; la mancata cancellazione della parte che non interessa viene intesa come espressione della volontà di non comunicare il proprio nominativo e recapito telefonico ai colleghi già incaricati nel servizio per contatti in caso di sostituzioni

⁶ In alternativa è possibile inviare il modulo firmato digitalmente

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ANGELA ZANELLO

CODICE FISCALE: ZNLNGL63T57F756T

DATA FIRMA: 04/07/2025 14:40:37

IMPRONTA: 2F229E4099003B2FEE6FBF78A22EB01A9E8DADF7F985A8359601C85A3C59E961
9E8DADF7F985A8359601C85A3C59E9612929DEE90043C9CB3DCECC0E24DCC281
2929DEE90043C9CB3DCECC0E24DCC28155F43E46C4C7D5275D85DC9BA607363D
55F43E46C4C7D5275D85DC9BA607363DCE837D19CA5D96FE8BEB252E851DA847