

**AVVISO DI SELEZIONE PER LA PREDISPOSIZIONE DI UNA GRADUATORIA DI MEDICI
SPECIALISTI DISPONIBILI AL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI NELLA
BRANCA DI ODONTOIATRIA**

Spett.le

Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale

SOC Relazioni sindacali e applicazioni contrattuali

asufc@certsanita.fvg.it

Il/la sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
conformemente all'avviso n. _____ del _____

COMUNICA

la propria disponibilità all'assegnazione dei seguenti incarichi disciplinati dall'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali esecutivo dal 5.02.2026¹

☐ **Distretto sociosanitario della Carnia - sede di Tolmezzo**

n. ore settimanali: 9

☐ **Distretto sociosanitario del Gemonese/Canal del Ferro-Val Canale - sede di Tarvisio**

n. ore settimanali: 7

☐ **Distretto sociosanitario Medio Friuli - sede di Codroipo**

n. ore settimanali: 8, delle quali 4 ore da destinarsi all'attività di odontoiatria pediatrica, vacanti dal 7.09.2026

☐ **Distretto sociosanitario della Carnia - sede Casa Circondariale di Tolmezzo**

n. ore settimanali: 4

A tal fine, sotto la propria responsabilità, secondo quanto previsto dagli articoli 46 e 47 del DPR 28.12.2000, 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),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ il _____ ;
- di risiedere a _____ in via/piazza _____ n. _____ ;
- di essere cittadino/a _____ ;
- di essere in possesso del diploma di laurea in _____ voto _____ conseguito il _____

¹ Barrare la voce che interessa, è possibile esprimere l'accettazione anche di singoli incarichi, ma non il frazionamento delle ore previste per ciascuno degli stessi

- _____ ² presso _____ ;
- di essere in possesso del diploma di specializzazione in _____
conseguito il _____ presso _____ ;
 - di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____
_____ dal _____ 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 corso⁴ _____
_____ ;
 - di essere / non essere iscritto nella graduatoria per i medici specialisti ambulatoriali relativa all'ambito territoriale del Comitato zonale di Udine, valevole per l'anno 2026;
 - di essere / non essere titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio sanitario nazionale;
 - di essere / non essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il Servizio sanitario nazionale ex DPR n. 120/1988 o accreditate ex art. 8 del d.lgs. n. 502/1992;
 - di essere / non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o società, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale;
 - di svolgere / non svolgere attività quale medico del ruolo unico di assistenza primaria presso l'Azienda _____ ;
 - di svolgere / non svolgere attività quale pediatra di libera scelta presso l'Azienda _____
_____ ;
 - di non essere / essere titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo) dal _____ ;
 - di non essere / essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo) dal _____ ;
 - di esercitare / non esercitare la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio sanitario nazionale che non adottino le clausole economiche dell'accordo collettivo nazionale, che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi [*in caso affermativo, indicare la struttura o ente e il tipo di attività:* _____
_____] ;

² Indicare giorno, mese e anno

³ Per i titoli conseguiti nei Paesi extra Unione Europea, indicare la data del riconoscimento del titolo da parte del Ministero della Salute

⁴ Barrare la voce che non interessa

- di svolgere / non svolgere funzioni fiscali nell'ambito dell'ASU FC;
- di fruire / non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministero del Lavoro e della previdenza sociale;
- di operare / non operare, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il Servizio sanitario nazionale [*in caso affermativo, indicare la struttura e il tipo di attività:* _____]
_____];
- di essere / non essere titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal DPR n. 119/1988 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ex art. 8, comma 5, del d.lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
_____;
- di essere / non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al d.lgs. n. 368/1999 e successive modifiche ed integrazioni;
- di fruire / non fruire di trattamento di quiescenza;
- di avere / non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'accordo collettivo nazionale degli specialisti ambulatoriali [*in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare tipologia di sanzione, data e durata:* _____]
_____];
- di essere / non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale [*in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare tipologia di provvedimento e la data nonché la durata dell'eventuale sospensione:* _____]
_____];
- di percepire / non percepire l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale [*in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta e la misura dell'indennità percepita:* _____]
_____];
- di essere iscritto all'ENPAM nella seguente posizione: _____;

Il/La sottoscritto/a comunica, impegnandosi ad aggiornare tempestivamente eventuali variazioni intervenute 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 allega copia non autenticata di un documento di identità⁵.

Dichiara, infine, di essere informato/a che i dati sopra riportati, spontaneamente forniti e indispensabili

⁵ In alternativa è possibile inviare il modulo firmato digitalmente.

ai fini della valutazione della richiesta presentata, sono trattati a norma del regolamento UE 2016/679 e del d.lgs. n. 196/2003.

(luogo, data)

(firma)