# **PUBBLICAZIONE INCARICO PER PROFESSIONISTA PSICOLOGO AMBULATORIALE - 3° TRIMESTRE 2025 - 1.09.2025-15.09.2025**

Spett.le

Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale

SOC Relazioni sindacali e applicazioni contrattuali

**asufc@certsanita.fvg.it**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale

secondo quanto previsto dagli articoli 20 e 21 dell’accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali” esecutivo dal 4.04.2024

**COMUNICA**

la propria disponibilità all’acquisizione del seguente incarico:

* n. ore \_\_\_\_\_ nell’area professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ settore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso i distretti sociosanitari

sedi di

**🞎 per nuovo incarico 🞎 per aumento orario 🞎 per trasferimento**

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[[1]](#footnote-1)**

* 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_[[2]](#footnote-2)
* presso[[3]](#footnote-3) ;
* di essere in possesso del diploma di specializzazione in

conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università/Scuola di indirizzo

completo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* di essere iscritto/a all’Albo professionale degli psicologi 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 corso

 ;

* 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 essere / non essere titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo) dal­ ;
* di essere / non 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*: \_\_\_\_\_

 ];

* 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, veterinari ed altre professionalità sanitarie [*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’ENPAP nella seguente posizione: ;

**DICHIARA ALTRESÌ**[[4]](#footnote-4)

* di essere titolare di incarico a tempo indeterminato che svolge, in via esclusiva, nell’ambito zonale in cui è pubblicato l’incarico, attività ambulatoriale nella specialità o area professionale regolamentata dall’ACN; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale:

per n. ore \_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso

per n. ore \_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso

per n. ore \_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso

con anzianità di incarico di titolarità dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso

* di essere titolare di incarico a tempo indeterminato, che svolga esclusivamente attività regolamentata dall’ACN in diverso ambito zonale della Regione o di altra regione confinante; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN della Regione o di altra Regione confinante, senza titolo al rimborso delle spese di viaggio di cui all’articolo 51:

per n. ore \_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso

per n. ore \_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso

per n. ore \_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso

con anzianità di incarico di titolarità dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso

* di essere titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di regione non confinante o titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN di Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità:

per n. ore \_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso

per n. ore \_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso

per n. ore \_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso

con anzianità di incarico di titolarità dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso

* di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all’articolo 28, comma 1:

per n. ore \_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso

per n. ore \_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso

per n. ore \_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso

con anzianità di incarico di titolarità dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso

* di essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa (limitatamente a coloro a cui si applica l’ACN)

per n. ore \_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso

con anzianità di incarico di titolarità dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso

* di essere iscritto nella graduatoria valida per l’anno 2025 dei professionisti ambulatoriali psicologi della provincia di Udine, di cui all’art. 19 dell’ACN;
* di essere un professionista non inserito nella graduatoria di cui al punto precedente, ma in possesso dei requisiti di cui all’articolo 19 dell’ACN;
* di essere titolare di un incarico a tempo indeterminato in qualità di professionista dipendente del SSN dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso

in possesso del titolo di specializzazione richiesta e disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro.

* di avere svolto/svolgere la seguente attività professionale nel campo delle cure palliative[[5]](#footnote-5):

tipo di incarico \_\_\_ dal (gg/mm/aa)

al (gg/mm/aa) presso

tel. indirizzo e-mail

tipo di incarico \_\_\_ dal (gg/mm/aa)

al (gg/mm/aa) presso

tel. indirizzo e-mail

tipo di incarico \_\_\_ dal (gg/mm/aa)

al (gg/mm/aa) presso

tel. indirizzo e-mail

* di avere conseguito il master in cure palliative o il seguente diploma di perfezionamento[[6]](#footnote-6):

in data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ presso

tel. indirizzo e-mail

* che quanto riportato nel curriculum allegato alla presente dichiarazione di disponibilità corrisponde al vero;
* che la documentazione allegata in copia alla presente dichiarazione di disponibilità è conforme all’originale in proprio possesso, ai sensi dell’art. 19 D.P.R. 445/2000.

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 allega copia non autenticata di un documento di identità[[7]](#footnote-7).

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)* |

1. Barrare le voci che non interessano ed eventualmente compilare quanto richiesto [↑](#footnote-ref-1)
2. Indicare giorno, mese e anno [↑](#footnote-ref-2)
3. Per i titoli conseguiti nei Paesi extra Unione Europea, indicare la data del riconoscimento del titolo da parte del Ministero della Salute [↑](#footnote-ref-3)
4. Barrare e compilare le voci che interessano. [↑](#footnote-ref-4)
5. Indicare il numero di telefono e l’indirizzo di posta elettronica dell’ufficio aziendale di riferimento al fine di consentire i controlli di legge [↑](#footnote-ref-5)
6. Indicare l’indirizzo completo dell’istituzione che ha rilasciato il titolo formativo e il numero telefonico dell’ufficio al quale rivolgersi per i controlli previsti [↑](#footnote-ref-6)
7. In alternativa è possibile inviare il modulo firmato digitalmente. [↑](#footnote-ref-7)