

Domanda di ammissione

Spazio per l'apposizione
della marca da bollo per
(domande trasmesse
tramite servizio postale
non PEC)

AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA
FRIULI CENTRALE - ASU FC
Ufficio Protocollo - destinazione SOC Politiche del Territorio
Via Pozzuolo n. 330 - 33100 Udine.

Trasmissione PEC: asufc@certsanita.fvg.it;

Oggetto: "avviso per graduatorie aziendali medici di medicina generale"

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere ammesso/a all'avviso pubblico per la predisposizione delle graduatorie aziendali di medici disponibili al conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o di sostituzione, una per l'assistenza primaria e l'altra per la continuità assistenziale/assistenza sanitaria turistica, esprimendo la propria disponibilità per i seguenti settori: (barrare le caselle interessate)

Assistenza primaria

Continuità assistenziale/ Assistenza sanitaria turistica (GMT)

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, del D.P.R. innanzi citato, 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 D.P.R. n. 445/2000 cit.),

DICHIARA

di essere nato/a a _____ il _____

di essere residente a _____ Via _____ n. _____

C.A.P. _____ Provincia _____ Telefono _____ cell. _____

Indirizzo e mail _____ pec _____

CF _____

- di avere/non avere provvedimenti restrittivi della libertà personale in atto, da parte delle Autorità competenti;

- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso (ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali o procedimenti penali in corso

_____);

-di essere in possesso della cittadinanza italiana o di altro paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti _____ (indicare la cittadinanza anche se italiana);

-di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi denominata _____ di _____ in data _____ con voto di laurea _____

(giorno, mese ed anno)

(per i titoli conseguiti nei Paesi extra Unione Europea, indicare la data del riconoscimento del titolo in Italia da Parte del Ministero della Salute _____

- di essere abilitato/a all'esercizio professionale in data _____ presso l'Università di _____

- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____ dal _____ n. _____

- di essere/non essere (1) iscritto nella graduatoria unica regionale del Friuli Venezia Giulia per i MMG, con il punteggio di _____

- di essere/ non essere (1) in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale conseguito in data _____ presso _____

- di essere/ non essere iscritto/a (1) al corso di formazione specifica in medicina generale presso la regione _____, dal _____;

- di essere/ non essere iscritto/a (1) al corso di formazione specifica in medicina generale ai sensi D.L. 30.04.2019 n. 35 (cd Decreto Calabria) presso la regione _____;

- di essere/ non essere iscritto/a (1) alla scuola di specializzazione presso l'Università di _____ al corso _____;

- di svolgere / non svolgere (1) altra attività a qualsiasi titolo (2):

-di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 17 dell'ACN 29.07.2009 così come modificato dall'ACN 18.06.2020; oppure 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, oppure di godere di trattamento di quiescenza da parte del seguente ente _____ per lo svolgimento della seguente attività _____;

-di avere/non avere subito una sanzione disciplinare ai sensi dell'art. 30 dell'ACN. In caso di risposta affermativa indicare quali sanzioni _____ e riportare gli estremi dell'atto di irrogazione della sanzione, con l'indicazione dell'ente _____;

-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;

-di manifestare il proprio consenso, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 integrato con le modifiche introdotte dal D.lgs. n. 101/2018 e del Regolamento Europeo 2016/679, al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali forniti, per le finalità e nei limiti di cui all'Avviso e subordinatamente al puntuale rispetto della vigente normativa, nella consapevolezza che il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione.

- Per quanto concerne il servizio di continuità assistenziale e di assistenza sanitaria turistica di autorizzare / non autorizzare (1) **(3)** quest'Azienda a comunicare il proprio nominativo ed il recapito telefonico (cellulare) ai colleghi già incaricati nel servizio per una eventuale contattabilità per sostituzioni.

Data _____

Firma _____

- 1) cancellare la parte che non interessa.
- 2) specificare nel dettaglio le attività espletate.
- 3) 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 una eventuali contattabilità per sostituzioni.

N.B. I CANDIDATI SONO TENUTI A PRESENTARE LA PRESENTE DOMANDA (PENA DECADENZA) UNITAMENTE ALLA FOTOCOPIA NON AUTENTICA DI UN VALIDO DOCUMENTO D'IDENTITA'. ALLE DOMANDE TRASMESSE TRAMITE PEC SI DEVE ALLEGARE ANCHE IL MODULO PER L'ATTESTAZIONE DELL'IMPOSTA DI BOLLO DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE