

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**