

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](mailto:asufc@certsanita.fvg.it)

**OGGETTO:** Avviso per graduatoria aziendale pediatri di libera scelta.

Il/la sottoscritto/a (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a all'Avviso pubblico per la predisposizione della graduatoria aziendale di medici pediatri di libera scelta disponibili al conferimento di incarichi provvisori o all'affidamento di sostituzioni (art. 15 dell'ACN per la Pediatria di Libera Scelta del 15.12.2005 e s.m.i., così come modificato dall'art. 2 dell'ACN 21.06.2018).

A tal fine, consapevole che nel caso di dichiarazioni non veritiere, potranno essere adottate sanzioni penali (art. 76 D.P.R. 445/2000) e non avrà effetto il beneficio eventualmente conseguito (art. 75 D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

di essere nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

di essere residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_;

Telef. n. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_;

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_;

Indirizzo PEC \_\_\_\_\_;

C.F. \_\_\_\_\_;

-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 di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;

(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 il \_\_\_\_\_;

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

-di essere in possesso della specializzazione in pediatria o specializzazione equipollente ai sensi della tabella B del D.M. 30.1.1998 e s.m.i. \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

-di essere/non essere (1) iscritto nella graduatoria unica regionale del Friuli Venezia Giulia per i PLS, con il punteggio di \_\_\_\_\_;

-di non frequentare alcun corso di specializzazione oppure di frequentare il seguente corso \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità dell'art. 17 dell'ACN oppure di impegnarsi a far cessare le eventuali situazioni di incompatibilità sussistenti alla data odierna alla data di effettivo conferimento dell'incarico;

-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 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 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 pediatri di libera scelta;

-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.

Data\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_

- 1) cancellare la parte che non interessa.
- 2) specificare nel dettaglio le attività espletate.

**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**