**AVVISO DI SELEZIONE PER LA PREDISPOSIZIONE DI UNA GRADUATORIA DI MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI AL CONFERIMENTO DI UN INCARICO PROVVISORIO NELLA BRANCA DI REUMATOLOGIA**

Spett.le

Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale

SOC Relazioni sindacali e applicazioni contrattuali

Via Pozzuolo, 330

33100 UDINE

**asufc@certsanita.fvg.it**

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

**DICHIARA**

la propria disponibilità all’assegnazione dell’incarico provvisorio precisato in intestazione conformemente all’avviso n. \_\_\_\_\_\_\_ del .

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 nat\_\_ a il ;
* di risiedere a in via/piazza n. ;
* di essere cittadino/a ;
* di essere in possesso del diploma di laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[[1]](#footnote-1) presso[[2]](#footnote-2) ;
* 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 corso[[3]](#footnote-3)

 ;

* 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*:

 ];

* 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 / ENPAP nella seguente posizione: ;
* di svolgere la seguente attività professionale in qualità di specialista/professionista ambulatoriale convenzionato[[4]](#footnote-4):

attività professionale nella branca di

presso

sede per n. ore settimanali

dal con il seguente orario:

Lunedì dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_

Martedì dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_

Mercoledì dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_

Giovedì dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_

Venerdì dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_

Sabato dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_

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

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.

Allega alla presente copia semplice di un documento d’identità[[5]](#footnote-5).

|  |  |
| --- | --- |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(luogo, data)* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *(firma)* |

1. Indicare giorno, mese e anno [↑](#footnote-ref-1)
2. Per i titoli conseguiti nei Paesi extra Unione Europea, indicare la data del riconoscimento del titolo da parte del Ministero della Salute [↑](#footnote-ref-2)
3. Barrare la voce che non interessa [↑](#footnote-ref-3)
4. Da compilare soltanto a cura dei titolari di incarico a tempo determinato o indeterminato [↑](#footnote-ref-4)
5. In alternativa è possibile inviare il modulo firmato digitalmente. [↑](#footnote-ref-5)