

Spett.le
Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale
SOC Relazioni sindacali ed applicazioni contrattuali
asufc@certsanita.fvg.it

Il/la sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via/piazza _____

CHIEDE

con riferimento all'avviso prot. n. _____/2026, di essere inserito/a nella graduatoria aziendale dei medici disponibili al conferimento di incarichi del ruolo unico di assistenza primaria a tempo determinato per l'attività oraria diurna negli ambulatori di cure primarie nelle Case della comunità, esprimendo la propria disponibilità come di seguito indicato:

- ☐ preferenza n. _____
Casa della comunità di Cervignano del Friuli
- ☐ preferenza n. _____
Casa della comunità di Palmanova
- ☐ preferenza n. _____
Casa della comunità di Tolmezzo
- ☐ preferenza n. _____
Casa della comunità di Gemona del Friuli
- ☐ preferenza n. _____
Casa della comunità di Tarvisio

A tal fine, sotto la propria responsabilità, secondo quanto previsto dagli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 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),

DICHIARA¹

- di essere cittadino/a _____ ;
- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e chirurgia conseguito il _____²
presso l'Università degli studi denominata _____

¹ Barrare le voci che non interessano ed eventualmente compilare quanto richiesto

² Indicare giorno, mese e anno

- di _____ con voto di laurea _____ ;
- di essere stato abilitato all'esercizio professionale in data _____ presso l'Università di _____ ;
 - di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e chirurgia abilitante conseguito il _____ presso l'Università degli studi denominata _____ di _____ con voto di laurea _____ ³ ;
 - di essere in possesso della laurea abilitante conseguita presso l'Università di _____ in data _____ ;
 - di essere iscritto/a all'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della Provincia di _____ 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 non essere / essere iscritto nella graduatoria unica regionale del Friuli Venezia Giulia per i medici di assistenza primaria, con il punteggio di _____ ;
 - di non essere / essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale conseguito in data _____ presso _____ ;
 - di non essere / essere iscritto/a al _____ anno del corso di formazione specifica in medicina generale presso la regione _____ ;
 - di non essere / essere iscritto/a al _____ anno del corso di formazione specifica in medicina generale secondo quanto previsto dal decreto-legge n. 35/2019 (cd. Decreto Calabria) presso la regione _____ ;
 - di non essere / essere iscritto/a alla scuola di specializzazione in _____ presso l'Università di _____ ;
 - di non svolgere / svolgere altra attività _____ ⁴ ;
 - di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 21 dell'ACN / 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 / di godere di trattamento di quiescenza da parte dell'ente _____ per lo svolgimento della seguente attività _____ ;

³ Da compilare in alternativa ai due punti precedenti

⁴ Specificare le attività espletate

- di avere / non avere subito una sanzione disciplinare ex art. 25 dell'ACN [*In caso di risposta affermativa indicare la sanzione e riportare gli estremi dell'ente e dell'atto di irrogazione della medesima* _____];
- 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.

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 dichiara di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per la presente istanza con la marca da bollo identificata da numero: _____ del _____.

Il/La sottoscritto/a allega, infine, copia non autenticata di un documento di identità⁵.

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)

⁵ In alternativa è possibile inviare il modulo firmato digitalmente