

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

di essere inserito/a nella graduatoria aziendale dei medici disponibili al conferimento di incarichi del ruolo unico di assistenza primaria a tempo determinato, a ciclo di scelta e/o attività oraria, esprimendo la propria disponibilità come di seguito indicato<sup>1</sup>:

- A) attività a ciclo di scelta e attività oraria, modulata ex art. 38, comma 1, dell'ACN 15 gennaio 2026;
- B) attività oraria pari a 38 ore settimanali;
- C) attività oraria pari a 24 ore settimanali ex art. 38, comma 9, dell'ACN, riservata ai medici in formazione.

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),

### DICHIARA<sup>2</sup>

- di essere cittadino/a \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e chirurgia conseguito il \_\_\_\_\_<sup>3</sup>  
presso l'Università degli studi denominata \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Selezionare l'ipotesi prescelta; ai medici non in formazione è consentito scegliere una o entrambe le lettere A) e B); la lettera C) è riservata ai medici in formazione

<sup>2</sup> Barrare le voci che non interessano ed eventualmente compilare quanto richiesto

<sup>3</sup> Indicare giorno, mese e anno

- di \_\_\_\_\_ con voto di laurea \_\_\_\_\_<sup>4</sup>;
- 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 \_\_\_\_\_<sup>5</sup>;
  - 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 \_\_\_\_\_;
  - 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

<sup>4</sup> Da compilare in alternativa ai due punti precedenti

<sup>5</sup> Specificare le attività espletate

conoscenza;

- di autorizzare / non autorizzare<sup>6</sup> l'Azienda a comunicare il proprio nominativo e il recapito telefonico (cellulare) ai colleghi già incaricati nel servizio per eventuali contatti ai fini delle sostituzioni nell'ambito del servizio di assistenza primaria ad attività oraria e di assistenza penitenziaria.

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 identità<sup>7</sup>.

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)

<sup>6</sup> Cancellare la parte che non interessa; 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 contatti in caso di sostituzioni

<sup>7</sup> In alternativa è possibile inviare il modulo firmato digitalmente

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ANGELA ZANELLO

CODICE FISCALE: ZNLNGL63T57F756T

DATA FIRMA: 18/06/2026 14:59:32

IMPRONTA: 91ED7843B7199F072861FF7D857E5B5C71C01BC6DA62DBB933717DDFC55E94B3  
71C01BC6DA62DBB933717DDFC55E94B3023BBE4886A23670A65286C5E3CB5207  
023BBE4886A23670A65286C5E3CB5207DCE8AA96AE9ACC905E04B0DF18B8D455  
DCE8AA96AE9ACC905E04B0DF18B8D4559D51C18D4FE9359EFB3BD33CCD69EDA0