Spett.le
Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale
SOC Relazioni sindacali e applicazioni contrattuali

asufc@certsanita.fvg.it

Il/La sottoscritto/a _____

nat __ a _____ il _____

residente a _____ in via/piazza__ _____ n. ___

recapito telefonico (fisso e/o cellulare) n. _____

PEC _____ e-mail _____

- ❑ iscritto nella graduatoria aziendale MAP 2026 dell'ASU FC
- ❑ iscritto nella graduatoria regionale FVG MAP 2026
- ❑ frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale trienni 2022-2025 / 2023-2026 / 2024-2027 / 2025-2028
- ❑ medico inserito nella lista aziendale delle disponibilità per sostituzioni MAP

DICHIARA

di essere disponibile al conferimento dell'incarico a tempo determinato quale medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e rapporto orario per l'ambito territoriale e la decorrenza sotto indicati:

Distretto sociosanitario Friuli Centrale

- ❑ Ambito territoriale del Comune di Udine, **due incarichi** con decorrenza dall'**1 gennaio 2027**;

Distretto sociosanitario della Carnia

- ❑ Ambito territoriale unico di Tolmezzo (comprendente i comuni di Amaro, Ampezzo, Arta Terme, Cavazzo Carnico, Cercivento, Comeglians, Enemonzo, Forni Avoltri, Forni di Sopra, Forni di Sotto, Lauco, Ovaro, Paluzza, Paularo, Prato Carnico, Preone, Ravascletto, Raveo, Rigolato, Sappada, Sauris, Socchieve, Sutrio, Tolmezzo, Treppo Ligosullo, Verzegnis, Villa Santina, Zuglio del Comune di Udine, **due incarichi** con **decorrenza immediata**.

Allega copia non autenticata del documento d'identità in corso di validità.

_____ _____

(luogo, data) *(firma)*