

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 2025 dell'ASU FC
- ☐ iscritto nella graduatoria regionale FVG MAP 2026
- ☐ frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale trienni 2021-2024 / 2022-2025 / 2023-2026 / 2024-2027
- ☐ 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 (*selezionare uno o più incarichi*):

- **Distretto sociosanitario dell'Agro Aquileiese**
 - ☐ Ambito territoriale di Palmanova (comprendente i Comuni di Bagnaria Arsa, Chiopris Viscone, Palmanova, Torviscosa, Trivignano Udinese), **con decorrenza immediata;**
- **Distretto sociosanitario della Riviera Bassa Friulana**
 - ☐ Ambito territoriale di San Giorgio di Nogaro (comprendente i Comuni di Carlino, Marano Lagunare, Muzzana del Turgnano, Porpetto, San Giorgio di Nogaro) **con decorrenza immediata.**

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

(luogo, data)

(firma)