

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA ANNO 2027

AMBITO TERRITORIALE DEL COMITATO ZONALE DI UDINE

Art. 19 dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) 4 aprile 2024



Primo inserimento



Aggiornamento

Marca da bollo
€ 16,00

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA
FRIULI CENTRALE
VIA POZZUOLO, 330
33100 UDINE

SEDE DEL COMITATO ZONALE DI UDINE
asufc@certsanita.fvg.it

— sottoscritt_	_____ (cognome)	_____ (nome)
----------------	-----------------	--------------

nat_ a _____ (prov.) _____ il _____

M____ F____ Cod. fisc. !____!____!____!____!____!____!____!____!____!____!____!____!

chiede di essere inclus_ nella seguente graduatoria annuale, a valere per l'anno **2027**, relativamente all'ambito zonale di UDINE, nel cui territorio intende ottenere l'incarico ambulatoriale di seguito specificato:

- MEDICI SPECIALISTI: branca di** _____
- ODONTOIATRI (in possesso del diploma di specializzazione di cui all'Allegato 2 dell'ACN 04.04.2024)**
- MEDICI VETERINARI: area** _____
- BIOLOGI**
- CHIMICI**
- PROFESSIONISTI PSICOLOGI**
- PROFESSIONISTI PSICOTERAPEUTI**

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritieri, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76, del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni,

DICHIARA

1. di essere:

- cittadino italiano
- cittadino di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti (specificare) _____

- cittadino del seguente Stato _____

in possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38, commi 1 e 3-bis, del d.lgs. n. 165/2001 (*cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea e loro familiari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente; cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria*)

2. di essere residente nel Comune di _____
via / piazza _____ n. _____

3. di possedere il diploma di laurea ovvero la laurea specialistica o magistrale della classe corrispondente in¹:
medicina e chirurgia ; odontoiatria e protesi dentaria² ; medicina veterinaria
scienze biologiche ; chimica ; psicologia
conseguito/a presso l'Università di _____
sede di _____ in data ____ / ____ / ____
con voto ____ /110 senza lode con lode
4. di essere abilitato all' esercizio della professione di _____ (medico chirurgo o odontoiatra, o medico veterinario, o biologo, o chimico, o psicologo) nella sessione _____ presso l'Università di _____
5. di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli³
medici chirurghi e odontoiatri ; veterinari ; biologi ; chimici ; psicologi
presso l'Ordine provinciale regionale nazionale di _____
dal ____ / ____ / ____
6. di essere in possesso della specializzazione in⁴:
- _____ conseguita il ____ / ____ / ____
presso l'Università/Scuola di _____ indirizzo completo _____
tel. _____
con voto ____ /110 senza lode con lode
 - _____ conseguita il ____ / ____ / ____
presso l'Università/Scuola di _____ indirizzo completo _____
tel. _____
con voto ____ /110 senza lode con lode
- ovvero, per la branca di Cure palliative, della certificazione regionale attestante l'esperienza triennale nella rete delle cure palliative, secondo quanto previsto dall'art. 1, comma 522, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, rilasciata dalla Regione _____ il ____ / ____ / ____
7. di non avere / di avere⁵ subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'accordo collettivo nazionale (*in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata*)
_____)
8. di non essere / essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale di _____
(*In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata nelle ipotesi di sospensione dall'Albo* _____)
9. di avere / non avere riportato condanne penali e di avere / non avere procedimenti penali pendenti (*in caso affermativo, specificare la tipologia della condanna ovvero del procedimento* _____)
10. di aver svolto la seguente attività professionale nella branca o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato (*indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente e successivo al conseguimento del titolo valido per l'inclusione nella graduatoria*)

¹ Selezionare la voce che interessa

² Per i laureati in medicina e chirurgia, la specializzazione fatta valere come titolo legittimante l'iscrizione all'albo degli odontoiatri non è valida ai fini dell'iscrizione nella graduatoria degli odontoiatri

³ Selezionare la voce che interessa

⁴ La compilazione è indispensabile per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (art. 43 del DPR 445/2000); non saranno valutate le dichiarazioni non complete o imprecise.

⁵ Barrare la parte che non interessa

a favore di aziende sanitarie e altre istituzioni pubbliche (INPS, INAIL, Ministero della Difesa, SASN, ecc.) che applicano le norme nel tempo vigenti degli accordi collettivi nazionali per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, a decorrere dal 2 ottobre 2000⁶:

branca o area professionale _____

tipologia dell'incarico

SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO TEMPO INDETERMINATO

presso ASL _____

via / piazza _____ n. _____

Comune _____ tel. _____

dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ per:

totale ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) effettivamente svolte nel periodo

N. ORE _____ **E MINUTI** _____

branca o area professionale _____

tipologia dell'incarico

SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO TEMPO INDETERMINATO

presso ASL _____

via / piazza _____ n. _____

Comune _____ (_____) tel. _____

dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ per:

totale ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) effettivamente svolte nel periodo

N. ORE _____ **E MINUTI** _____

branca o area professionale _____

tipologia dell'incarico

SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO TEMPO INDETERMINATO

presso ASL _____

via / piazza _____ n. _____

Comune _____ tel. _____

dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ per:

totale ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) effettivamente svolte nel periodo

N. ORE _____ **E MINUTI** _____

branca o area professionale _____

tipologia dell'incarico

SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO TEMPO INDETERMINATO

presso ASL _____

via / piazza _____ n. _____

Comune _____ tel. _____

dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ per:

⁶ La completa compilazione dei dati richiesti consente il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (art. 43 del DPR n. 445/2000). Dichiarazioni incomplete o imprecise non possono essere valutate. In mancanza di spazio è possibile fotocopiare il presente prospetto o allegare alla domanda una dichiarazione in carta semplice.

totale ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) effettivamente svolte nel periodo

N. ORE _____ E MINUTI _____

branca o area professionale _____

tipologia dell'incarico
SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO TEMPO INDETERMINATO

presso ASL _____

via / piazza _____ n. _____

Comune _____ tel. _____

dal _____ / _____ / _____ al _____ / _____ / _____ per:

totale ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) effettivamente svolte nel periodo

N. ORE _____ E MINUTI _____

11. di trovarsi nella seguente posizione in riferimento a quanto previsto dall'art. 27 dell'ACN 04.04.2024 e successive modifiche e integrazioni⁷:

- a) essere / non essere titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio sanitario nazionale;
- b) 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;
- c) 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;
- d) di svolgere / non svolgere attività quale medico del ruolo unico di assistenza primaria ovvero di pediatra di libera scelta presso l'Azienda _____;
- e) non essere / essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo) e di svolgere / di non svolgere contemporaneamente incarico a tempo determinato;
- f) 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);
- g) svolgere / non svolgere funzioni fiscali nell'ambito dell'ASU FC;
- h) 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;
- i) 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]:
- j) 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;
- k) 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;
- l) fruire / non fruire di trattamento di quiescenza.

I sottoscritto_ comunica, impegnandosi ad aggiornare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire in seguito, i **recapiti** a cui far pervenire ogni necessaria comunicazione relativa alla presente domanda:

PEC _____

⁷ Nei seguenti punti, barrare la voce che non interessa

telefono cellulare n. _____
e-mail _____

I sottoscritto_ dichiara di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 dovuta per la presente domanda con la **marca da bollo** sopra apposta identificata da numero: _____
del _____ e si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei controlli eventualmente disposti dalle autorità competenti.

I sottoscritto_ allega alla presente domanda **copia non autenticata di un documento di identità**.

I sottoscritto_ 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 come da informativa riportata al seguente indirizzo:
<https://asufc.sanita.fvg.it/it/schede/privacy.html>.

(luogo, data)

(firma non soggetta ad autenticazione)