



3. di possedere il diploma di laurea ovvero la laurea specialistica o magistrale della classe corrispondente in<sup>1</sup>:  
 medicina e chirurgia ☐; odontoiatria e protesi dentaria<sup>2</sup> ☐; 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/degli<sup>3</sup>  
 medici chirurghi e odontoiatri ☐; veterinari ☐; biologi ☐; chimici ☐; psicologi ☐;  
 presso l'Ordine provinciale ☐ regionale ☐ nazionale ☐ di \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
6. di essere in possesso della specializzazione in<sup>4</sup>:
- \_\_\_\_\_ 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 avere<sup>5</sup> 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)

<sup>1</sup> Selezionare la voce che interessa

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> Selezionare la voce che interessa

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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 2000<sup>6</sup>:

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:

<sup>6</sup> 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 integrazioni<sup>7</sup>:

- 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.

Il 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 \_\_\_\_\_

<sup>7</sup> 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)