

GRADUATORIA ANNO 2025

AMBITO TERRITORIALE DEL COMITATO ZONALE DI UDINE

ART. 19, ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI, I MEDICI VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) RESO ESECUTIVO IL 31.03.2020 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

MODALITÀ E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Gli interessati all'inclusione nelle graduatorie valevoli per l'anno 2025 di medici specialisti, dei medici veterinari e delle altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, devono inoltrare apposita domanda, in bollo, compilata secondo lo schema allegato, **entro il 31 gennaio 2024**.

La presentazione della domanda, in formato PDF, deve avvenire, a pena di esclusione, mediante invio da una casella di posta elettronica certificata (PEC) personale dell'interessato, all'indirizzo di PEC asufc@certsanita.fvg.it.

La domanda, compilata in stampatello e firmata in calce dall'interessato, deve essere accompagnata da una fotocopia non autenticata di un documento di identità (fronte e retro) in corso di validità. In alternativa, la domanda può essere inviata con la firma digitale dell'interessato.

Alla domanda va apposta e annullata/sovrascritta una marca da bollo da € 16,00, i cui dati identificativi devono essere richiamati nell'apposita sezione.

Ogni domanda è valida per l'inclusione in una singola branca. Nel caso in cui l'interessato sia in possesso di due o più titoli di specializzazione che consentano l'inclusione in più graduatorie, occorre presentare specifiche separate domande.

Qualora già presentata, la domanda di inclusione in graduatoria deve essere rinnovata di anno in anno e deve contenere le dichiarazioni concernenti i titoli accademici o professionali aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati e che comportino modificazioni nel punteggio già attribuito.

Ai fini della valutazione, la domanda deve contenere le dichiarazioni sostitutive di certificazione ovvero di atto di notorietà previste dal DPR n. 445/2000 idonee a provare il possesso dei titoli professionali conseguiti fino al 31.12.2023.

Non è necessario allegare curriculum vitae, titoli accademici non attinenti alla domanda, attestati di partecipazione a corsi di formazione, attività professionale svolta quale dirigente medico, veterinario, chimico, biologo o psicologo, consulente libero-professionista o con contratto di lavoro atipico.

La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà nonché la mancanza dei requisiti richiesti determina l'esclusione dalla graduatoria.

L'omissione o l'incompletezza dei dati comportano la mancata attribuzione dei relativi punteggi.

Per ulteriori informazioni, gli interessati potranno rivolgersi alla struttura operativa complessa Relazioni sindacali e applicazioni contrattuali dell'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale, sede del Comitato zonale di Udine, via Pozzuolo 330, 33100 Udine; tel. 0432.806169, 0432.806171, 0432.989404 oppure scrivere un'e-mail a: medicina.convenzionata@asufc.sanita.fvg.it.

REQUISITI

TITOLI ACCADEMICI

Nella domanda devono essere indicati i titoli accademici posseduti al 31 gennaio 2024, comprensivi del voto ottenuto, eventuale lode, data di conseguimento e specificazione dell'università/scuola presso cui sono stati conseguiti:

- diploma di laurea o laurea specialistica o laurea magistrale della classe corrispondente;
- diploma/i di specializzazione;
- data di iscrizione all'albo/ordine professionale e specificazione dell'albo/ordine.

È titolo valido per l'inclusione nelle graduatorie il diploma di specializzazione in una delle branche specialistiche

- con lode (una sola volta)
- con il massimo dei voti (una sola volta)

punteggio 3,00

punteggio 2,00

Titoli professionali

Sostituzioni, incarichi provvisori e a tempo determinato effettuati nella branca specialistica o area professionale per cui si partecipa, presso aziende sanitarie ed altre istituzioni pubbliche che applicano le norme dell'accordo collettivo nazionale 31 marzo 2020 e successive modifiche ed integrazioni o degli accordi collettivi nazionali per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, succedutesi nel tempo (INPS, INAIL, Ministero della Difesa, SASN, ecc.):

- per ciascuna ora di attività svolta dal 2 ottobre 2000, punteggio 0,003.

A parità di punteggio prevalgono l'anzianità di specializzazione, di laurea e in subordine la minore età. In caso di cessazione dell'incarico a tempo indeterminato allo specialista, veterinario o professionista che intenda iscriversi nuovamente nelle graduatorie è riconosciuto il seguente punteggio per la pregressa attività svolta: (non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000):

- per ciascuna ora di attività svolta dal 2 ottobre 2000, punteggio 0,003.

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

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

dell'anno precedente e successivo al conseguimento del titolo valido per l'inclusione nella graduatoria 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 31.03.2020 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.

 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:

⁷ Nei seguenti punti, barrare la voce che non interessa

PEC _____
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)