

Spett.le
Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale
SOC Relazioni sindacali e applicazioni contrattuali
Via Pozzuolo, 330 - 33100 UDINE
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 MMG 2023 dell'ASU FC
- iscritto nella graduatoria regionale FVG MMG 2023
- titolare del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (ex CA) dell'ASU FC
- frequentante i trienni CEFORMED 2018-2021 / 2019-2022 / 2020-2023 / 2021-2024
- medico inserito nella lista aziendale delle disponibilità per sostituzioni MMG anno 2023

DICHIARA

di essere disponibile all'eventuale conferimento di un incarico provvisorio quale medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (già medico di medicina generale) per l'ambito territoriale sotto indicato:

- Distretto sociosanitario della Carnia
Ambito territoriale dei comuni di Amaro, Cavazzo Carnico, Tolmezzo, Verzegnis, con decorrenza **dal 02.01.2024;**
- Distretto sociosanitario del Gemonese/Canal del Ferro-Val Canale
Ambito territoriale dei comuni di Bordano, Chiusaforte, Dogna, Malborghetto Valbruna, Moggio Udinese, Osoppo, Pontebba, Resia, Resiutta, Tarvisio, Trasaghis, Venzone, con decorrenza **dal 31.12.2023;**
- Distretto sociosanitario Friuli Centrale
Ambito territoriale dei comuni di Pavia di Udine e Pradamano, con decorrenza **dal 01.01.2024;**
- Distretto sociosanitario dell'Agro Aquileiese
Ambito territoriale del comune di Cervignano del Friuli, con decorrenza **dal 01.01.2024;**
- Distretto sociosanitario del Gemonese/Canal del Ferro-Val Canale
Ambito territoriale dei comuni di Artegna, Gemona del Friuli, Montenars, con decorrenza **dal 31.01.2024;**
- Distretto sociosanitario dell'Agro Aquileiese
Ambito territoriale dei comuni di Bicinicco, Santa Maria La Longa, Gonars, con decorrenza **dal 01.01.2024;**
- Distretto sociosanitario della Riviera Bassa Friulana
Ambito territoriale dei comuni di Latisana e Ronchis, con decorrenza **dal 01.01.2024.**

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

(luogo, data)

(firma)