



AS FO
Azienda sanitaria
Friuli Occidentale



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

DOMANDA
AVVISO DI DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO PROVVISORIO
DI MEDICO DI MEDICINA GENERALE
DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
A CICLO DI SCELTA
EX ART. 37 ACN 2022

AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE -ASFO

Trasmissione PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

Oggetto: "Avviso di disponibilità per il conferimento di un incarico provvisorio di medico di medicina generale del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta ex art. 37 ACN 2022"

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere ammesso/a all'avviso di cui all'oggetto e sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, del D.P.R. innanzi citato, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 cit.),

DICHIARA

di essere nato/a a _____ il _____;

di essere residente a _____ Via _____ n. _____;

C.A.P. _____ Provincia _____ dal _____;

Di risiedere nella Provincia di _____ dal _____;

Di risiedere nella Regione _____ dal _____;

Telefono _____ cell. _____;

Indirizzo e mail _____ pec _____;

CF _____;

- di avere/non avere (1) provvedimenti restrittivi della libertà personale in atto, da parte delle Autorità competenti;

- di avere/non avere (1) riportato condanne penali anche con sentenza non passata in giudicato (e/o patteggiamento) e di avere/non avere (1) procedimenti penali in corso (ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali o procedimenti penali in corso)

_____;

-di essere in possesso della cittadinanza italiana o di altro paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti _____ (indicare la cittadinanza anche se italiana);

-di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____, voto di laurea _____;

(per i titoli conseguiti nei Paesi extra Unione Europea, indicare la data del riconoscimento del titolo in Italia da Parte del Ministero della Salute _____)

- di essere abilitato/a all'esercizio professionale in data _____ presso l'Università di _____;

- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____ dal _____ n. _____;

- di essere/non essere (1) iscritto nella graduatoria unica regionale del Friuli Venezia Giulia per i MMG, con il punteggio di _____

- di essere/ non essere (1) in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale conseguito in data _____ presso _____;

- di essere/ non essere iscritto/a (1) al corso di formazione specifica in medicina generale presso la regione _____, dal _____;

- di essere/ non essere iscritto/a (1) al corso di formazione specifica in medicina generale ai sensi D.L. 30.04.2019 n. 35 (cd Decreto Calabria) presso la regione _____;

- di essere/ non essere iscritto/a (1) alla scuola di specializzazione presso l'Università di _____ al corso _____;

- di svolgere (1) altra attività a qualsiasi titolo: (indicare se si hanno incarichi oppure si svolgono turni a chiamata di Continuità assistenziale e per quale Azienda; per altra tipologia di lavoro indicare tipologia di contratto e datore di lavoro; vanno indicate anche le eventuali attività di natura libero professionale)

-di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 21 dell'ACN 28.04.2022; oppure di impegnarsi a far cessare alla data di effettivo conferimento dell'incarico le eventuali situazioni di incompatibilità sussistenti;

-di non godere di alcun trattamento di quiescenza, oppure di godere di trattamento di quiescenza da parte del seguente ente _____ per lo svolgimento della seguente attività _____;

-di avere/non avere subito una sanzione disciplinare ai sensi dell'art. 25 dell'ACN. In caso di risposta affermativa indicare quali sanzioni _____ e riportare gli estremi dell'atto di irrogazione della sanzione, con l'indicazione dell'ente _____;

-di accettare pienamente le condizioni fissate dall'Accordo collettivo nazionale per la disciplina normativa e per il trattamento economico dei medici di medicina generale del quale è ad integrale conoscenza;

-di aver preso visione delle clausole dell'avviso aziendale per l'eventuale conferimento di incarichi provvisori o affidamento di sostituzioni e di accettarle integralmente;

- di essere consapevole che la pubblicazione dell'avviso per il quale viene inoltrata la presente domanda non comporta la sussistenza, per AS FO, della necessità di conferire incarichi nei settori sopra indicati, ma che un tanto avverrà solo ed esclusivamente sulla base delle necessità aziendali;

- dichiara di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali pubblicata unitamente all'Avviso prot. n. _____ del _____;

-Autorizzo/non autorizzo quest'Azienda a comunicare i miei contatti telefonici e di posta elettronica ai colleghi già incaricati nel servizio per una eventuale contattabilità per sostituzioni (2).

-Autorizzo/non autorizzo quest'Azienda a comunicare i miei contatti telefonici e di posta elettronica a soggetti esterni per soli fini formativi (2).

Data _____

Firma _____

(1) Cancellare la parte che non interessa.

(2) La mancata cancellazione della parte che non interessa viene intesa come espressione della volontà di NON COMUNICARE il proprio nominativo e recapito telefonico ai colleghi già incaricati nel servizio per una eventuale contattabilità.