

**all'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale**  
**S.C. Politiche del Personale e Medicina Convenzionata**  
**Ufficio medicina convenzionata**  
**[asfo.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:asfo.protgen@certsanita.fvg.it)**

[illegible]

☐ medico **specialista** a tempo indeterminato branca: \_\_\_\_\_ per l'incarico (specificare n° ore settimanali e sede) \_\_\_\_\_

☐ **psicologo** ambulatoriale a tempo indeterminato con richiesta di specifiche competenze professionali desumibili dai titoli dichiarati in curriculum ed eventuale colloquio – per l'incarico (specificare n° ore settimanali e sede) \_\_\_\_\_  
di cui alla scheda profilo n. 1 allegata all'Avviso di pubblicazione.

1. di possedere la cittadinanza italiana ovvero di possedere la cittadinanza di altro Paese appartenente alla UE di seguito specificato \_\_\_\_\_
2. di essere iscritto all'Albo professionale/Ordine dei/degli \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
3. di aver conseguito la laurea in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_, con voto di \_\_\_\_\_;
4. di aver conseguito la specializzazione in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_, con voto di \_\_\_\_\_;

5. di avere / non avere in corso provvedimenti disciplinari (specificare\_\_\_\_\_)
6. di non trovarsi / trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 27 dell'A.C.N. 2024

**dichiara, inoltre, di essere:**

☐ **ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. a)** dell'ACN 2024 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali: *"titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, in via esclusiva, nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico, attività ambulatoriale nella specialità o area professionale regolamentata dal presente Accordo; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale;*

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

con **anzianità di incarico di titolarità** dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

☐ **ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. b)** dell'ACN 2024 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali: *"titolare di incarico a tempo indeterminato, che svolga esclusivamente attività regolamentata dal presente Accordo in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN della Regione o di altra Regione confinante"*

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

con **anzianità di incarico di titolarità** dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

☐ **ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. c)** dell'ACN 2024 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali: *"titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante o titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL INPS e SASN di Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità"*

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

con **anzianità di incarico di titolarità** dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

☐ **ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. d)** dell'ACN 2024 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali: *"specialista titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo, il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico"*

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

con **anzianità di incarico di titolarità** dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

☐ **ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. e)** dell'ACN 2024 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali: *"specialista ambulatoriale"*

*titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione"*

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

con **anzianità di incarico di titolarità** dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

- ☐ **ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. f)** dell'ACN 2024 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali: *"titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 28, comma 1"*

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

con **anzianità di incarico di titolarità** dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

- ☐ **ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. g)** dell'ACN 2024 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali: *"titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa"*

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

con **anzianità di incarico di titolarità** dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

- ☐ **ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. h)** dell'ACN 2024 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali: *"specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 19 del presente Accordo in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi"*

inserito nella **graduatoria ASFO** per l'anno \_\_\_\_\_ nella branca di \_\_\_\_\_

- ☐ **ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. i)** dell'ACN 2024 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali: *"specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19";*

- ☐ **ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. j)** dell'ACN 2024 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali: *"medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari partecipano esclusivamente ai sensi della presente lettera, devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano e matureranno anzianità giuridica a far data dall'incarico di specialista ambulatoriale"*

**a) medico di medicina generale titolare** dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**b) medico pediatra di libera scelta titolare** dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**c) medico dipendente del SSN a tempo indeterminato** dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Allega alla presente i seguenti documenti:

- Curriculum in formato europeo completo di dichiarazione ai sensi dell'art. 46 DPR n. 445/2000 (**solo nel caso di incarico con richiesta di specifiche competenze professionali**)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Eventuali ulteriori informazioni: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso la propria residenza oppure presso il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Numero di telefono \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

**Luogo**

**data**

**Firma per esteso in originale**  
*(leggibile)*

**N.B. ALLEGARE copia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.**