

**All' Azienda Sanitaria Universitaria
Giuliano Isontina
S.C. Gestione del Personale
Ufficio medicina convenzionata**

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' A RICOPRIRE L'INCARICO A TEMPO
INDETERMINATO DI N. 37 ORE SETTIMANALI PRESSO IL DIPARTIMENTO DI
ASSISTENZA DISTRETTUALE – AREA GIULIANA

Il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____
nato a _____ (prov. di _____) il _____
residente a _____ C.A.P. _____ (prov. di _____)
Via _____ n. _____ tel. _____
Altri recapiti e-mail o PEC _____
Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | Codice Enpam _____

la propria disponibilità allo svolgimento dell'incarico a tempo indeterminato di n. 37 ore settimanali nella branca di oculistica presso il Dipartimento di Assistenza Distrettuale – Area Giuliana.

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. del 4.4.2024

E-mail: medicina.convenzionata@asugi.sanita.fvg.it

Dichiara, inoltre, di essere:

☐ **ai sensi dell'art. 21 comma 6 lett. a):** *“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 6 lett. b):** *“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 6 lett. c):** *“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 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 _____

Per informazioni:

S.C. Gestione Risorse Umane – Area Giuridica e
Formazione
Ufficio Medicina Convenzionata
Via del Farneto 3
34142 Trieste

tel. 040/3995248

E-mail: medicina.convenzionata@asugi.sanita.fvg.it

- ☐ **ai sensi dell'art. 21 comma 6 lett. d):** *“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 6 lett. e):** *“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 6 lett. f):** *“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 6 lett. g):** *“titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa”*

per n. ore _____ dal _____ presso _____

con **anzianità di incarico di titolarità** dal _____ presso _____

Per informazioni:

S.C. Gestione Risorse Umane – Area Giuridica e
Formazione
Ufficio Medicina Convenzionata
Via del Farneto 3
34142 Trieste

tel. 040/3995248

E-mail: medicina.convenzionata@asugi.sanita.fvg.it

☐ **ai sensi dell'art. 21 comma 6 lett. h):** *“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 ASUGI** per l'anno _____ nella branca di _____

☐ **ai sensi dell'art. 21 comma 6 lett. i):** *“specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19”;*

☐ **ai sensi dell'art. 21 comma 6 lett. j):** *“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 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:

Eventuali ulteriori informazioni: _____

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso la propria residenza oppure 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.

Per informazioni:

S.C. Gestione Risorse Umane – Area Giuridica e
Formazione
Ufficio Medicina Convenzionata
Via del Farneto 3
34142 Trieste

tel. 040/3995248

E-mail: medicina.convenzionata@asugi.sanita.fvg.it