



AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA
per il tramite **dell'Ufficio medicina convenzionata**
asugi@certsanita.fvg.it

(incollare una marca da bollo da euro 16,00)

Oggetto: graduatoria aziendale per la medicina generale ex art. 19 ACN per l'annualità 2025.

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

c.f.: _____

CHIEDE

di essere inserito nella **graduatoria aziendale integrativa di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o di sostituzione nell'ambito della medicina generale, valevole per il territorio dell'ASUGI con riferimento all'annualità 2025**, ai sensi di quanto previsto dal decreto n. 711 del 28.8.2025.

A tal fine, 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 DPR 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 DPR n. 445/2000 cit.)

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai fini dell'eventuale conferimento di incarichi a tempo determinato di cui all'avviso pubblicato sul sito aziendale ASUGI, quanto segue:

- di essere nato/a a _____ il _____, di essere residente nel Comune di _____ (prov ____) via _____;
- di avere preso visione delle clausole dell'avviso aziendale approvato con decreto n. 591/2025 per la predisposizione della graduatoria aziendale 2025 e di accettarle integralmente;
- di essere interessato agli incarichi di cui al vigente ACN per la medicina generale;
- di essere consapevole che la pubblicazione dell'avviso per il quale viene inoltrata la presente domanda non comporta la sussistenza, per ASUGI, della necessità di conferire incarichi nei settori sopra indicati, ma che un tanto avverrà solo ed esclusivamente sulla base delle necessità aziendali;

- di essere in possesso del diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il ____/____/____ presso l'Università di _____ con voto di laurea _____;
- di essere in possesso del certificato di abilitazione all'esercizio della professione medico chirurgica conseguita in data ____/____/____ presso l'Università di _____;
- di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici di _____ dal giorno ____/____/____ con numero _____;
- ☐ di essere iscritto nella graduatoria unica regionale per i MMG della Regione _____ per l'anno anno 2025, con il seguente punteggio _____;
oppure
- ✓ ☐ di non essere iscritto in alcuna graduatoria unica regionale per i MMG;
- ☐ di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale conseguito il ____/____/____ presso _____;
oppure
- ✓ ☐ di non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale;
- ✓ ☐ di frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale presso _____ via _____ città _____ e di essere iscritto al triennio di corso _____;
- ☐ di non essere stato sanzionato ai sensi dell'art. 25 dell'ACN per violazioni convenzionali;
oppure
- ✓ ☐ di essere stato sanzionato ai sensi dell'art. 25 dell'ACN per violazioni convenzionali (indicare quali sanzioni e riportare gli estremi dell'atto di irrogazione della sanzione _____ da parte dell'Azienda sanitaria _____);
- di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità dell'art. 21 dell'ACN ovvero di impegnarsi a far cessare le eventuali situazioni di incompatibilità sussistenti alla data odierna alla data di effettivo conferimento dell'incarico;
- ☐ 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 all'atto del collocamento in quiescenza _____;
- ☐ di non frequentare alcun corso di specializzazione;
oppure
- ✓ ☐ di frequentare il seguente corso _____, presso _____;

Dichiara, altresì, che non sussistono elementi ostativi all'instaurazione di rapporti di lavoro con la Pubblica Amministrazione nonché:

- ☐ di non essere oggetto di provvedimenti di sospensione dall'albo professionale oppure di provvedimenti che impediscano l'esercizio della professione medica;
oppure
- ✓ ☐ di essere sospeso dall'albo professionale della provincia di _____ fino al _____;
- ☐ di essere oggetto di un provvedimento impeditivo all'esercizio della professione medica fino al _____, emanato da _____;
- ☐ di non aver riportato condanne penali, di non avere procedimenti penali in corso, di non essere oggetto di provvedimenti restrittivi della libertà personale nonché di non essere oggetto di provvedimenti interdittivi dai pubblici uffici;
oppure
- ✓ ☐ di aver riportato le seguenti condanne penali _____ per violazione delle seguenti disposizioni _____ da parte della seguente autorità giurisdizionale _____ via _____ Città _____
(da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale oppure emanato un provvedimento di patteggiamento);
- ☐ di aver i seguenti procedimenti penali in corso _____ da parte della seguente autorità giurisdizionale _____, via _____ città _____;
- ☐ di essere oggetto dei seguenti provvedimenti restrittivi della libertà personale _____ da parte della seguente autorità giurisdizionale _____, via _____ città _____;
- ☐ di essere oggetto dei seguenti provvedimenti interdittivi dai pubblici uffici da parte della seguente autorità giurisdizionale _____ via _____ città _____;

Dichiara, infine:

- di accettare pienamente le condizioni fissate dall'ACN per la normativa e per il trattamento economico dei medici di assistenza primaria;
- di eleggere domicilio digitale per le finalità inerenti i procedimenti conseguenti all'inoltro della presente istanza presso l'indirizzo PEC riportato di seguito (la mancata indicazione della PEC è causa di non accoglimento dell'istanza);
- di essere consapevole che tutte le comunicazioni inerenti il presente avviso e le eventuali proposte di conferimento dell'incarico verranno effettuate esclusivamente al predetto indirizzo PEC;
- di manifestare il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali spontaneamente forniti, per le finalità e nei limiti di cui all'avviso e subordinatamente al puntuale rispetto della vigente

normativa, nella consapevolezza che il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione;

- di avere assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 dovuta, tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo sul cartaceo del documento trattenuto presso il/la sottoscritto/a, identificata come segue:

- DATA E ORA DI EMISSIONE _____

- IDENTIFICATIVO n. _____

- di conservare l'originale della domanda con apposta la marca da bollo per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione richiedente;
- di essere consapevole che non saranno accettate domande condizionate.

Comunica i propri recapiti:

- email _____
- cellulare _____
- PEC (obbligatoria) _____

Data _____

Firma _____

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

- Ai sensi del D. Lgs n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), come modificato e integrato dal D.lgs n. 101/2018 e del Regolamento europeo 2016/679/UE, l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, in qualità di titolare del trattamento dei dati, si impegna a rispettare il carattere riservato delle informazioni fornite dall'interessato ed il trattamento dei dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, proporzionalità;
- il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato esclusivamente alla formazione delle graduatorie della medicina generale relative al territorio di competenza aziendale;
- il trattamento dei dati è effettuato avvalendosi sia di mezzi informatici che cartacei protetti e non accessibili al pubblico;
- il conferimento dei dati personali risulta necessario per le finalità di cui sopra. L'eventuale mancato conferimento dei dati richiesti preclude la partecipazione al procedimento e, in particolare, l'inserimento nella graduatoria di che trattasi;
- il trattamento dei dati personali forniti comprende la loro pubblicazione sul sito istituzionale aziendale nelle sole misure necessarie e proporzionali alle finalità del presente procedimento;
- sui dati personali la S.V. potrà esercitare i diritti riconosciuti dagli artt. da 15 a 22 del summenzionato Regolamento Europeo n. 679/2016, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati; di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali.