

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

[asugi@certsanita.fvg.it](mailto:asugi@certsanita.fvg.it)

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ A RICOPRIRE L'INCARICO A TEMPO  
INDETERMINATO DI N. 32 ORE SETTIMANALI NELLA BRANCA DI PEDIATRIA

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 \_\_\_\_\_

**dichiara**

la propria disponibilità allo svolgimento dell'incarico a tempo indeterminato di n. 32 ore settimanali nella  
branca di pediatria.

**A tal fine dichiara, ai sensi dell'art. 46 DPR n. 445/2000 sotto la propria responsabilità e  
consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni false o comunque non  
corrispondenti al vero (art. 76 del DPR n. 445/2000):**

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  
31.3.2020

**Dichiara, inoltre, di essere:**

ai sensi dell'art. 21 comma 2 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 2 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 2 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 \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 21 comma 2 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 2 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 delle 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):** "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):** "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):** "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 2023 nella branca di pediatria

- ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. i):** "specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19";

- ai sensi dell'art. 21 comma 2 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 data dall'incarico"

- 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.**