

All'Azienda Sanitaria Universitaria
Giuliano Isontina

asugi@certsanita.fvg.it

e, p.c.

All'Ufficio Medicina Convenzionata
S.C. Gestione del Personale

medicina.convenzionata@asugi.sanita.fvg.it

Oggetto: domanda per graduatorie aziendali ex art. 19, comma 12 ed ex norma finale n. 7 per la branca di odontoiatria, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali del 31.3.2020 e ss.mm.ii.

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

c.f.: _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso per la predisposizione delle graduatorie aziendali 2022 per la branca di odontoiatria ai sensi di quanto previsto da:

art. 19, comma 12 ACN

norma finale n. 7 ACN

(BARRARE LA CASELLA DI INTERESSE)

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 di sostituzione ed incarichi provvisori di cui all'avviso pubblicato sul sito aziendale ASUGI, quanto segue:

1. di essere cittadino italiano

di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare)

_____;

2. di essere nato a _____ (prov.) _____ il

_____;

3. di essere **residente** nel Comune di _____

(prov.) _____ in Via _____ n.

_____ cap. _____ tel. _____ cell. _____

e.mail _____ pec _____;

4. di **possedere** il diploma di laurea con voto _____ su _____ (indicare l'eventuale lode) _____ in:

medicina e chirurgia odontoiatria e protesi dentaria

(barrare la voce che interessa)

conseguito/a presso l'Università di _____ sede di _____ in data _____.

5. di essere **abilitato** all'esercizio della professione di _____ nella sessione _____ presso l'Università di _____

6. di essere iscritto **all'Albo professionale dei** _____ presso l'Ordine provinciale di _____ dal _____;

7. di essere in possesso della **specializzazione in** _____ conseguita in data _____ presso _____ con voto _____;

8. di aver svolto/non aver svolto* **almeno n. 3 anni di attività convenzionale** ai sensi dell'ACN di categoria (***sottolineare la parte di interesse**) con la/i seguente/i tipologia/e di incarico:

- dal _____ al _____ tipo di incarico _____ presso _____

- dal _____ al _____ tipo di incarico _____ presso _____

- dal _____ al _____ tipo di incarico _____ presso _____

- dal _____ al _____ tipo di incarico _____ presso _____

- dal _____ al _____ tipo di incarico _____ presso _____

- dal _____ al _____ tipo di incarico _____ presso _____

- dal _____ al _____ tipo di incarico _____ presso _____

- dal _____ al _____ tipo di incarico _____
presso _____

Dichiara altresì:

9. di essere / non essere (1) nella medesima branca specialistica o area in cui opera, titolare di incarico a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali
10. di avere / non avere (1) subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di Disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi;
11. di essere / non essere (1) soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine in caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare _____

***(1) Sottolineare la parte che interessa.**

12. di essere nella seguente posizione ai sensi dell'art. 27 dell'A.C.N.:

- di essere/non essere (1) titolare di ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale;
- di essere/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionale con il SSN ai sensi del D.P.R. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
- di esercitare/non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Nazionale o di essere titolare o partecipante di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
- di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta, fatto salvo quanto previsto alla norma finale n. 2
- di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di cui all'art. 21 e di svolgere contemporaneamente incarico a tempo determinato di cui all'art. 22;
- di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo, retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al SSN e che non adottino le clausole economiche del presente Accordo e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi;
- di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
- di fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN; è consentito esclusivamente lo svolgimento dell'attività istituzionale di cui al presente Accordo e secondo modalità definite a livello regionale;

- di essere/non essere titolare (1) di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8-quinquies del D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
- di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D. Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
- di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente.

***(1) Sottolineare la parte che interessa.**

I sottoscritt_ dichiara altresì:

- che quanto sopra corrisponde al vero, consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere potranno essere adottate sanzioni penali (v. art. 76 del D.P.R. 445/2000) e non avrà effetto il beneficio conseguito (v. art. 75 del D.P.R. 445/2000);
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento;

Data: _____

(firma)

=====

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 Regolamento Europeo n. 679/2016 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo che:

- il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato esclusivamente all'espletamento da parte di questa Azienda Sanitaria della formazione delle graduatorie dei medici specialisti ambulatoriali/veterinari/professionisti valide per l'anno 2021 relative ai territori della UTI Giuliana, della UTI Collio-Alto Isonzo di Gorizia e della UTI Carso Isonzo Adriatico di Monfalcone;
- il trattamento viene effettuato avvalendosi anche di mezzi informatici;
- il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra, pertanto, in caso di rifiuto, Lei non potrà essere inserito in detta graduatoria.
- i dati personali saranno allegati al provvedimento deliberato dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria e pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Friuli Venezia Giulia;
- sui Suoi dati personali Lei potrà esercitare i diritti riconosciutigli 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.

DATA _____

FIRMA per esteso del dichiarante
(non soggetta ad autenticazione)