

AL DIRETTORE GENERALE  
DELL'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA  
per il tramite **dell'Ufficio medicina convenzionata**  
[asugi@certsanita.fvg.it](mailto:asugi@certsanita.fvg.it)  
[medicina.convenzionata@asugi.sanita.fvg.it](mailto:medicina.convenzionata@asugi.sanita.fvg.it)

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

**Oggetto: graduatoria aziendale ex art. 15 ACN per l'annualità 2022.**

Il/la sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
c.f.: \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

di partecipare all'avviso per la predisposizione dell'integrazione alla graduatoria aziendale 2022 dei medici di medicina generale disponibili per il conferimento di incarichi a tempo determinato (sostituzioni ed incarichi provvisori) presso l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina ed 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 per la predisposizione della graduatoria aziendale 2022 e di accettarle integralmente;
- di essere interessato agli incarichi di assistenza primaria, continuità assistenziale, guardia medica turistica, medicina dei servizi territoriali nonché, **eventualmente**, di  emergenza sanitaria territoriale (indicare obbligatoriamente chi ha rilasciato l'attestato di idoneità \_\_\_\_\_);

- 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 \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ anno di corso;
- di non essere stato sanzionato ai sensi dell'art. 30 dell'ACN per violazioni convenzionali;  
oppure
- ✓  di essere stato sanzionato ai sensi dell'art. 30 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. 17 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 medicina generale;

- 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 \_\_\_\_\_