

ALL'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA

per il tramite dell'ufficio medicina convenzionata

via Farneto, 3 TRIESTE

asugi@certsanita.fvg.it

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

Oggetto: Art. 15 ACN per la Pediatria di Libera Scelta del 15.12.2005 e successive modifiche ed integrazioni - avviso per la predisposizione della graduatoria aziendale dei pediatri di libera scelta disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione valevole per il territorio dell'Azienda sanitaria universitaria giuliano isontina.

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

CHIEDE

di partecipare all'avviso prot. _____ n. _____ dd. _____ per la predisposizione della graduatoria aziendale dei medici pediatri di libera scelta disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione presso l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste" ed a tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, m. 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, _____ dal _____ al _____
tel. cell. _____;
- di avere preso visione delle clausole dell'avviso aziendale per l'eventuale conferimento di incarichi provvisori o affidamento di sostituzioni e di accettarle integralmente;
- 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 _____ al numero _____;

- di essere in possesso della specializzazione in pediatria o specializzazione equipollente ai sensi della tabella B del D.M. 30.1.1998 e s.m.i. conseguita il _____ presso _____ con voto _____;
- di essere iscritto nella graduatoria unica regionale per i PLS della Regione Friuli Venezia Giulia, con il seguente punteggio _____;
 - **oppure:** di non essere iscritto nella _____ graduatoria unica regionale per i PLS della Regione Friuli Venezia Giulia;
- di essere/non essere stato sanzionato ai sensi dell'art. 30 dell'ACN per violazioni convenzionali. In caso di risposta affermativa indicare quali sanzioni _____ e riportare gli estremi dell'atto di irrogazione della sanzione _____, da parte della seguente azienda sanitaria _____, via _____ città _____;
- di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità dell'art. 17 dell'ACN oppure 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 _____
- 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 (barrare con una X):

- 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 _____ da parte della seguente autorità giurisdizionale _____ via _____ città _____ (da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale);
 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 conoscere ed accettare pienamente le condizioni fissate dall'ACN per la normativa e per il trattamento economico dei medici pediatri di libera scelta e, in particolare, le disposizioni di cui alle modifiche del 21.6.2018;
- **ai sensi dell'art. 3 bis del decreto legislativo 82/2005 (Codice dell'Amministrazione digitale), di eleggere domicilio digitale per le finalità inerenti i procedimenti conseguenti all'inoltro della presente istanza presso il seguente indirizzo personale di posta elettronica certificata (PEC) (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 ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 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 aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo ed attestando di seguito i dati della marca da bollo utilizzata:
 - data e ora di emissione _____;
 - identificativo n. _____;
- di conservare l'originale della presente domanda per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.

Data _____

Firma _____