

AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA
per il tramite **dell'Ufficio medicina convenzionata**
da inoltrare obbligatoriamente via PEC a pena di esclusione

asugi@certsanita.fvg.it

e, p.c.

medicina.convenzionata@asugi.sanita.fvg.it

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

Oggetto: integrazione graduatoria aziendale 2021 incarichi provvisori, a tempo determinato e di sostituzione ex art. 15 ACN MMG/PLS.

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

c.f.:_____

CHIEDE

di partecipare all'avviso per la predisposizione dell'integrazione alla graduatoria aziendale 2021 dei medici di medicina generale/pediatri di libera scelta 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 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 (in tale ultimo caso indicare chi ha rilasciato l'attestato di emergenza sanitaria territoriale _____);

[] di essere interessato agli incarichi di pediatra di libera scelta e 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 _____;

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/PLS della Regione _____ con il seguente punteggio _____;

oppure

[] di non essere iscritto in alcuna graduatoria unica regionale per i MMG/PLS;

[] 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 degli artt. 30 degli ACN PLS/MMG per violazioni convenzionali;

oppure

di essere stato sanzionato ai sensi degli artt. 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 degli artt. 17 ACN PLS/MMG 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 _____;

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 _____ 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 _____

seguinte 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 dagli ACN MMG/PLS per la normativa e per il trattamento economico dei medici di medicina generale/pediatri di libera scelta;
- di eleggere domicilio digitale per le finalità inerenti i procedimenti conseguenti all'inoltro della presente istanza presso l'indirizzo PEC riportato di seguito;
- 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;

Comunica i propri recapiti:

email _____

cellulare _____

PEC (obbligatoria) _____

Data _____

Firma _____