

AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA
per il tramite **dell'Ufficio medicina convenzionata**
asugi@certsanita.fvg.it

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

Oggetto: graduatoria aziendale per la medicina generale ex art. 19 ACN per l'annualità 2023.

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

c.f.: _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso per la predisposizione dell'integrazione alla graduatoria aziendale 2023 dei medici di medicina generale disponibili per il conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o di sostituzione 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 2023 e di accettarle integralmente;
- di essere interessato agli incarichi di cui al vigente ACN per la medicina generale 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. 25 dell'ACN per violazioni convenzionali;
oppure
- ✓ di essere stato sanzionato ai sensi dell'art. 25 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. 21 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 _____

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.