

Spett.le

Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale

SOC Relazioni sindacali e applicazioni contrattuali

Via Pozzuolo, 330

33100 UDINE

asufc@certsanita.fvg.it

Il/la sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
secondo quanto previsto dagli articoli 20 e 21 dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali", esecutivo dal 31.03.2020 e successive modifiche ed integrazioni

COMUNICA

la propria disponibilità all'acquisizione dei seguenti incarichi:

- n. ore _____ branca di _____
presso il distretto sociosanitario _____
sede di _____
- n. ore _____ branca di _____
presso il distretto sociosanitario _____
sede di _____
- n. ore _____ branca di _____
presso il distretto sociosanitario _____
sede di _____
- n. ore _____ branca di _____
presso il distretto sociosanitario _____
sede di _____

per nuovo incarico **per aumento orario** **per trasferimento**

A tal fine, sotto la propria responsabilità, secondo quanto previsto dagli articoli 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto 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),

DICHIARA¹

- di essere nato/a a _____ il _____ ;

¹ Barrare le voci che non interessano ed eventualmente compilare quanto richiesto

- di risiedere a _____ in via/piazza _____ n. _____ ;
- di essere cittadino/a _____ ;
- di essere in possesso del diploma di laurea in _____ conseguito il _____² presso³ _____ ;
- di essere in possesso del diploma di specializzazione in _____ conseguito il _____ presso _____ ;
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____ dal _____ con n. _____ ;
- di non aver riportato condanne penali, di non essere destinatario di provvedimenti giudiziari iscritti nel casellario giudiziale e di non essere destinatario di sentenza definitiva che disponga l'applicazione della pena su richiesta ex art. 444 del codice di procedura penale / di aver riportato le seguenti condanne penali e/o di avere i seguenti procedimenti penali in corso _____ ;
- di essere / non essere titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio sanitario nazionale;
- di essere / non essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il Servizio sanitario nazionale ex DPR n. 120/1988 o accreditate ex art. 8 del d.lgs. n. 502/1992;
- di essere / non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o società, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale;
- di svolgere / non svolgere attività quale medico del ruolo unico di assistenza primaria presso l'Azienda _____ ;
- di svolgere / non svolgere attività quale pediatra di libera scelta presso l'Azienda _____ ;
- di essere / non essere titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo) dal _____ ;
- di essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo) dal _____ ;
- di esercitare / non esercitare la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio sanitario nazionale che non adottino le clausole economiche dell'accordo collettivo nazionale, che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi [*in caso affermativo, indicare la struttura o ente e il tipo di attività*: _ _____

² Indicare giorno, mese e anno

³ Per i titoli conseguiti nei Paesi extra Unione Europea, indicare la data del riconoscimento del titolo da parte del Ministero della Salute

- _____];
- di svolgere / non svolgere funzioni fiscali nell'ambito dell'ASU FC;
 - di fruire / non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministero del Lavoro e della previdenza sociale;
 - di operare / non operare, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il Servizio sanitario nazionale [*in caso affermativo, indicare la struttura e il tipo di attività:* _____]
_____];
 - di essere / non essere titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal DPR n. 119/1988 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ex art. 8, comma 5, del d.lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
_____];
 - di essere / non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al d.lgs. n. 368/1999 e successive modifiche ed integrazioni;
 - di fruire / non fruire di trattamento di quiescenza;
 - di avere / non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'accordo collettivo nazionale degli specialisti ambulatoriali [*in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare tipologia di sanzione, data e durata:* _____]
_____];
 - di essere / non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale [*in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare tipologia di provvedimento e la data nonché la durata dell'eventuale sospensione:* _____]
_____];
 - di percepire / non percepire l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale [*in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta e la misura dell'indennità percepita:* _____]
_____];
 - di essere iscritto all'ENPAM / ENPAP nella seguente posizione: _____];

DICHIARA

inoltre, di essere⁴:

- (art. 21, comma 1, lett. a) dell'ACN) titolare di incarico a tempo indeterminato che svolge, in via esclusiva, nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico, attività ambulatoriale nella specialità o

⁴ Per ogni singola lettera dalla a) alla j), con esclusione delle lettere h) e i), l'anzianità riconosciuta ai fini della prelazione costituisce titolo di precedenza; in caso di pari posizione è data precedenza all'anzianità di specializzazione e, successivamente, all'anzianità di laurea ed in subordine alla minore età anagrafica. Gli aspiranti di cui alla lettera i) sono graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.

area professionale regolamentata dall'ACN; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale; medico generico ambulatoriale in servizio al 31 marzo 2020, che faccia richiesta all'Azienda di ottenere un incarico medico specialistico nella branca di cui è in possesso del titolo di specializzazione, per un numero di ore non superiore a quello dell'incarico di cui è titolare (è consentito a tale medico di mantenere l'eventuale differenza di orario tra i due incarichi fino a quando l'incarico da specialista ambulatoriale non copra per intero l'orario di attività che il medico stesso svolgeva come generico di ambulatorio):

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

con anzianità di incarico di titolarità dal _____ presso _____

- (art. 21, comma 2, lett. b), dell'ACN) titolare di incarico a tempo indeterminato, che svolga esclusivamente attività specialistica regolamentata dall'ACN in diverso ambito zonale della Regione o di altra regione confinante; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN della Regione o di altra Regione confinante, senza titolo al rimborso delle spese di viaggio di cui all'articolo 51:

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

con anzianità di incarico di titolarità dal _____ presso _____

- (art. 21, comma 2, lett. c), dell'ACN) titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di regione non confinante o titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN di Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità:

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

con anzianità di incarico di titolarità dal _____ presso _____

- (art. 21, comma 2, lett. d), dell'ACN) specialista titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'ACN, il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico:

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

con anzianità di incarico di titolarità dal _____ presso _____

- (art. 21, comma 2, lett. e), dell'ACN) specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'ACN e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione:

per n. ore _____ dal _____ presso _____
per n. ore _____ dal _____ presso _____
per n. ore _____ dal _____ presso _____
con anzianità di incarico di titolarità dal _____ presso _____

- (art. 21, comma 2, lett. f), dell'ACN) titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'articolo 28, comma 1:

per n. ore _____ dal _____ presso _____
per n. ore _____ dal _____ presso _____
per n. ore _____ dal _____ presso _____
con anzianità di incarico di titolarità dal _____ presso _____

- (art. 21, comma 2, lett. g), dell'ACN) titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa (limitatamente a coloro a cui si applica l'ACN)

per n. ore _____ dal _____ presso _____
con anzianità di incarico di titolarità dal _____ presso _____

- (art. 21, comma 2, lett. h), dell'ACN) specialista, veterinario e professionista iscritto nelle graduatorie di cui all'articolo 19 dell'ACN in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi (l'accettazione dell'incarico a tempo indeterminato comporta la cancellazione dalla graduatoria valida per l'anno in corso),

inserito nella graduatoria provinciale di Udine per l'anno _____
nella branca di _____

- (art. 21, comma 2, lett. i), dell'ACN) specialista, veterinario o professionista in possesso dei requisiti di cui all'articolo 19;

- (art. 21, comma 2, lett. j), dell'ACN) titolare di un incarico a tempo indeterminato in qualità di:

a) medico di medicina generale dal _____ presso _____

b) specialista pediatra di libera scelta dal _____ presso _____

c) medico dipendente del SSN dal _____ presso _____

in possesso del titolo di specializzazione richiesta e disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro.

Il/La sottoscritto/a comunica, impegnandosi ad aggiornare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire in seguito, i recapiti a cui far pervenire ogni necessaria comunicazione relativa alla presente manifestazione d'interesse:

PEC _____

Telefono cellulare n. _____

E-mail _____

Il/La sottoscritto/a allega copia non autenticata di un documento di identità⁵.

Dichiara, infine, di essere informato/a che i dati sopra riportati, spontaneamente forniti e indispensabili ai fini della valutazione della richiesta presentata, saranno trattati a norma del regolamento UE 2016/679 e del d.lgs. n. 196/2003.

(luogo, data)

(firma)

⁵ In alternativa è possibile inviare il modulo firmato digitalmente.