

ALLA SOC POLITICHE DEL TERRITORIO
DELL'A.S.U. FRIULI CENTRALE
Via Pozzuolo, n. 330
33100 UDINE

Trasmissione via PEC:
asufc@certsanita.fvg.it

Il/La sottoscritto/a

COMUNICA

- o di essere disponibile all'eventuale conferimento dei seguenti incarichi provvisori di assistenza primaria di medicina generale (1):
 - Ambito territoriale comprendente i Comuni di Buja, Colloredo di Monte Albano, Coseano, Dignano, Fagagna, Forgaria nel Friuli, Majano, Moruzzo, Osoppo, Ragogna, Rive d'Arcano, San Daniele del Friuli, San Vito di Fagagna e Treppo Grande, con vincolo di ambulatorio a Moruzzo e Fagagna;
 - Ambito territoriale comprendente i Comuni di Attimis, Faedis e Povoletto, a decorrere dal 17.04.2021;
 - Ambito territoriale comprendente il Comune di Pasian di Prato, a decorrere dal 01.05.2021;
 - Ambito territoriale comprendente i Comuni di Pcenia e Rivignano-Teor, a decorrere dal 01.05.2021;
 - Ambito territoriale comprendente i Comuni di Aiello del Friuli, San Vito al Torre, Campolongo-Tapogliano, Visco e Ruda, a decorrere dal 22.06.2021.
- o di essere disponibile all'eventuale conferimento di un incarico provvisorio di continuità assistenziale (2) .

Pertanto, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e della sanzione della decadenza dal beneficio conseguito a seguito di un provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 cit.),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ Prov/Stato _____
il _____;
-di essere residente a _____ Via _____ n. _____
Provincia _____;
-di essere domiciliato a _____ Via _____ n. _____
Provincia _____;
-cell. _____;

- Indirizzo e mail _____ pec _____;
- CF _____
- di essere laureato/a in data _____ voto di laurea _____
(giorno, mese e anno)

presso l'Università degli Studi di _____ con specializzazione
in _____ conseguita il _____
c/o _____;

- di essere/non essere iscritto nella graduatoria unica regionale della Regione _____
_____ per l'anno _____ con il punteggio di _____;
- di essere/ non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale
conseguito in data _____ presso _____;
- di essere iscritto/a al _____ anno della scuola di specializzazione presso l'Università di
_____;
- di essere iscritto/a al _____ anno del corso triennale per la formazione specifica in
medicina presso _____;
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di
_____ dal _____ n. _____;
- di svolgere/non svolgere altra attività a qualsiasi titolo: _____

Si allega fotocopia del documento d'identità

Lì, _____

firma _____

(1) Si chiede di indicare l'ordine di priorità nella scelta degli incarichi, con una numerazione progressiva da 1 a 5.
(2) La sede verrà concordata a seguito manifestazione d'interesse al conferimento di tale incarico.