

all'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale
S.C. Politiche del Personale e Medicina Convenzionata
Ufficio medicina convenzionata
[**asfo.protgen@certsanita.fvg.it**](mailto:asfo.protgen@certsanita.fvg.it)

DICHIARAZIONE INTEGRATIVA

[illegible]

in relazione alla propria disponibilità allo svolgimento dell'incarico pubblicato nel mese di **marzo 2026**:

- ☐ medico **specialista** a tempo indeterminato branca: _____ per l'incarico (specificare n° ore settimanali e sede) _____;
- ☐ medico **veterinario** a tempo determinato - branca Sanità Animale – per l'incarico (specificare n° ore settimanali e sede) _____;
- ☐ **psicologo** ambulatoriale a tempo indeterminato con richiesta di specifiche competenze professionali desumibili dai titoli dichiarati in curriculum ed eventuale colloquio – per l'incarico (specificare n° ore settimanali e sede) _____ di cui alla scheda profilo allegata all'Avviso di pubblicazione.

Nel caso di incarico a tempo indeterminato con richiesta di specifiche competenze professionali allegare anche curriculum in formato europeo, completo di dichiarazione ai sensi dell'art. 46 DPR n. 445/2000, dal quale si desumano in maniera esplicita e dettagliata i titoli e le esperienze professionali specifiche dell'incarico da assegnare.

dichiara

ai sensi dell'art. 46 DPR n. 445/2000 sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero (art. 76 del DPR n. 445/2000):

1. di possedere la cittadinanza italiana ovvero di possedere la cittadinanza di altro Paese appartenente alla UE di seguito specificato _____
2. di essere iscritto all'Albo professionale/Ordine dei/degli _____ di _____ dal _____;
3. di aver conseguito la laurea in _____ il _____ presso l'Università degli studi di _____, con voto di _____;

4. di aver conseguito la specializzazione in _____ il _____, presso l'Università degli studi di _____, con voto di _____;
5. di avere / non avere in corso provvedimenti disciplinari (specificare _____)
6. di non trovarsi / trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 27 dell'A.C.N. 2026

dichiara, inoltre, di essere:

- ☐ **ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. a)** dell'ACN 2026 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali: *"titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, in via esclusiva, nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico, attività ambulatoriale nella specialità o area professionale regolamentata dal presente Accordo; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale; medico generico ambulatoriale, di cui alla norma finale n. 5 del presente Accordo, in servizio alla data di entrata in vigore del presente Accordo, 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 _____

- ☐ **ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. b)** dell'ACN 2026 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali: *"titolare di incarico a tempo indeterminato, che svolga esclusivamente attività regolamentata dal presente Accordo 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"*

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

con **anzianità di incarico di titolarità** dal _____ presso _____

- ☐ **ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. c)** dell'ACN 2026 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali: *"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 INPS 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 _____

- ☐ **ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. d)** dell'ACN 2026 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali: *"specialista titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal*

presente Accordo, 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 _____

- ☐ **ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. e)** dell'ACN 2026 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali: *"specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo 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 _____

- ☐ **ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. f)** dell'ACN 2026 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali: *"titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 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 _____

- ☐ **ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. g)** dell'ACN 2026 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali: *"titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa (limitatamente a coloro a cui si applica il presente Accordo)"*

per n. ore _____ dal _____ presso _____

con **anzianità di incarico di titolarità** dal _____ presso _____

- ☐ **ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. h)** dell'ACN 2026 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali: *"specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 19 del presente Accordo in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi. L'accettazione dell'incarico a tempo indeterminato comporta la cancellazione dalle graduatorie e l'impossibilità di concorrere all'assegnazione di incarichi ai sensi della presente lettera"*

inserito nella graduatoria ASFO per l'anno _____ nella branca di _____

- ☐ **ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. i)** dell'ACN 2026 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali: *"specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19";*

- ☐ **ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. j)** dell'ACN 2026 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali: *"medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro. Detti*

sanitari partecipano esclusivamente ai sensi della presente lettera, devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano e matureranno anzianità giuridica a far data dall'incarico di specialista ambulatoriale"

a) medico di medicina generale titolare dal _____ presso _____

b) medico pediatra di libera scelta titolare dal _____ presso _____

c) medico dipendente del SSN a tempo indeterminato dal _____ presso _____

Allega alla presente i seguenti documenti:

- Curriculum in formato europeo completo di dichiarazione ai sensi dell'art. 46 DPR n. 445/2000 (**solo nel caso di incarico con richiesta di specifiche competenze professionali**)
- _____
- _____

Eventuali ulteriori informazioni: _____

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso la propria residenza oppure presso il domicilio sotto indicato:

c/o _____ CAP _____ Comune di _____

Via _____ n° _____

Numero di telefono _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Luogo

data

Firma per esteso in originale
(leggibile)

N.B. ALLEGARE copia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.