

Da riportare in ogni risposta:  
Prot. n. 0027967 - P / GEN / ASUFC  
Data 23/02/2021



**S.O.C. POLITICHE DEL TERRITORIO**

- > Dirigente Amministrativo  
Dott. Gianluigi Moise  
E-mail: [politichedelterritorio@asufc.sanita.fvg.it](mailto:politichedelterritorio@asufc.sanita.fvg.it)
- > Referente per la pratica: Greta Tolazzi  
Tel. n. 0432 989475  
E-mail: [greta.tolazzi@asufc.sanita.fvg.it](mailto:greta.tolazzi@asufc.sanita.fvg.it)



Agli Ordini dei Medici e Odontoiatri delle  
Regioni Friuli Venezia Giulia e Veneto

TRASMISSIONE VIA PEC

Oggetto: Richiesta divulgazione esigenza di reperire medici disponibili al conferimento di un incarico provvisorio di assistenza primaria di medicina generale.

Quest'Azienda Sanitaria rappresenta la necessità di garantire il servizio di assistenza primaria nell'ambito territoriale composto dai Comuni di Buja, Colloredo di Monte Albano, Coseano, Dignano, Fagagna, Flaibano, Forgaria nel Friuli, Majano, Moruzzo, Osoppo, Ragogna, Rive d'Arcano, San Daniele del Friuli, San Vito di Fagagna e Treppo Grande, con apertura dello studio medico a Fagagna e Moruzzo, mediante il conferimento di un incarico provvisorio con data da definire.

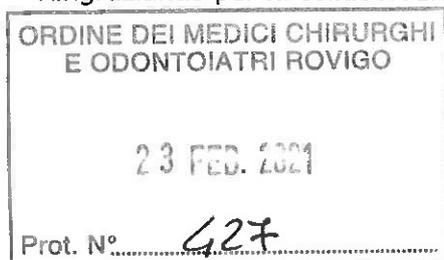
Considerato l'esito negativo delle iniziative intraprese finora, si richiede cortesemente di divulgare la necessità di quest'Azienda di reperire medici disponibili ad assicurare il predetto servizio.

L'incarico de quo verrà conferito nel rispetto delle disposizioni previste dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, stipulato il 23.03.2005 e s.m.i., per periodo di dodici mesi, fermo restando che potrà cessare, anche prima di tale scadenza, a seguito dell'individuazione del medico avente diritto all'inserimento.

I medici interessati all'eventuale conferimento del predetto incarico provvisorio potranno trasmettere la propria disponibilità, utilizzando il modello allegato, a questa SOC Politiche del Territorio, mediante PEC al seguente indirizzo: [asufc@certsanita.fvg.it](mailto:asufc@certsanita.fvg.it) entro e non oltre le ore 23.59 di domenica 14 marzo 2021.

Per eventuali informazioni i medici potranno rivolgersi all'Ufficio Personale Convenzionato della sede di Gemona tel. n. 0432/989402 - 0432/989410 - 0432/989475.

Ringraziando per la collaborazione si porgono distinti saluti.



Il Dirigente Amministrativo  
Dott. Gianluigi Moise  
Documento firmato digitalmente

Documento sottoscritto con firma digitale ai sensi degli artt. 20 e 24 del D.lgs. n. 82 del 7 marzo 2005, Codice dell'amministrazione digitale, e valido agli effetti dell'art. 21 comma 2 del medesimo decreto.

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

Trasmissione via PEC:  
[asufc@certsanita.fvg.it](mailto:asufc@certsanita.fvg.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

### COMUNICA

di essere disponibile all'eventuale conferimento del seguente incarico provvisorio di assistenza primaria di medicina generale:

- o ambito territoriale composto dai Comuni di Buja, Colloredo di Monte Albano, Coseano, Dignano, Fagagna, Flaibano, Forgaria nel Friuli, Majano, Moruzzo, Osoppo, Ragogna, Rive d'Arcano, San Daniele del Friuli, San Vito di Fagagna e Treppo Grande, con ambulatorio a Fagagna e Moruzzo.

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. \_\_\_\_\_.

Si allega fotocopia del documento d'identità

Li, \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_