

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:

- 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 \_\_\_\_\_