

ALLEGATO B



**Bando assegnazione zone carenti
per la Pediatria di Libera Scelta
ex art. 32 comma 18 dell’ACN 25 luglio 2024**

Ai sensi della deliberazione n. xxx di data xxxx del Direttore Generale si riportano di seguito gli ambiti territoriali e le zone carenti per la Pediatria di Libera Scelta:

DISTRETTO	AMBITO	Num. Zone carenti	zona in cui assicurare l’apertura dell’ambulatorio
NORD	VAL DI SOLE	1	MALÈ (*)
	ROTALIANA PAGANELLA CEMBRA	1	TERRE D’ADIGE (*)
	VAL DI NON	1	CAVARENO (*)
EST	ALTA VALSUGANA	1	BASELGA DI PINÈ (*)
	VAL DI Fiemme e FASSA	1	CASTELLO-MOLINA DI Fiemme (*)
SUD	GIUDICARIE RENDENA	1	PINZOLO (*)
	ALTO GARDA E LEDRO	1	RIVA DEL GARDA
	VALLAGARINA	1	VOLANO (*)

(*) Per l’apertura dell’ambulatorio principale in un Comune di meno 6.000 abitanti o con densità di popolazione inferiore a 100 abitanti per chilometro quadrato, al pediatra sarà riconosciuta l’indennità accessoria di inserimento di cui all’art. 14 del vigente Accordo Integrativo Provinciale. Tale indennità ha il valore di € 2.000 mensili ed è riconosciuta fino al raggiungimento di n. 250 assistiti, ridotta ad euro 1.000 dal raggiungimento dei 251 assistiti sino a 500 assistiti, per un periodo massimo di tre anni dalla data di iscrizione nell’elenco riferito all’ambito di inserimento. Il recesso dal rapporto convenzionale prima del termine di due anni dalla data di iscrizione nell’elenco comporta l’obbligo di restituire l’indennità percepita.

L’incarico sarà attribuito con i criteri e le priorità di seguito esposti.

MEDICI TITOLATI ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Possono concorrere al conferimento dell’incarico delle zone carenti, secondo quanto disposto dall’art. 32, comma 5, lett. b), c), d) ed e) dell’ACN dd. 25 luglio 2024:

- b) per trasferimento esterno: i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno quattro anni nel medesimo elenco di provenienza di pediatri di libera scelta di altra Regione (**modulo A**);
- c) i pediatri inclusi nella graduatoria regionale per l’anno in corso valida al momento della pubblicazione degli ambiti territoriali (**modulo B**);

- d) i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria provinciale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda (**modulo C**);
- e) pediatri in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i., non compresi nella lettera precedente (**modulo C**).

I pediatri già titolari d'incarico a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA E TERMINI DI SCADENZA

Il fac-simile della domanda è reperibile sul sito aziendale cliccando sul link

<https://www.apss.tn.it/Azienda/Operatori-e-partner/Servizio-acquisizione-e-gestione-personale-convenzionato/Pediatria-di-libera-scelta/Titolarita-bandi-e-relative-graduatorie>

La domanda DEVE essere inviata all'indirizzo apss@pec.apss.tn.it o asuit@pec.asuit.tn.it indicando nell'oggetto dell'email "DOMANDA ZONE CARENTI PLS 03-2025". Si evidenzia che l'APSS accetta soltanto documenti in formato PDF, TIFF o JPEG e comunque non zippati. Si raccomanda di conservare l'originale della domanda, che potrà essere richiesto da questo Ufficio.

La mancata indicazione da parte del sanitario dell'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) nella domanda di partecipazione all'assegnazione delle zone carenti comporta l'esclusione dall'assegnazione, non potendo provvedere alla contattabilità dell'interessato secondo quanto previsto dalla L.2/2009.

Gli interessati dovranno presentare, in un'unica soluzione, la domanda di assegnazione, entro 20 giorni dalla pubblicazione del presente bando sul BUR della Regione Trentino Alto-Adige.

La domanda e tutta la relativa documentazione vanno prodotte secondo normativa vigente sull'imposta di bollo.

PAGAMENTO IMPOSTA DI BOLLO DI EURO 16,00 .

Per il pagamento è possibile utilizzare il sistema PagoPA collegandosi al sito <http://pagopa.apss.tn.it>, selezionando nella casella "Altre tipologie di pagamento" la voce "Rimborso bolli". Dopo aver compilato tutti i dati richiesti si potrà procedere al pagamento dell'importo secondo le modalità presenti all'interno del sistema stesso.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio.

Verranno escluse le domande inviate in data successiva alla scadenza sopra indicata. L'eventuale riserva di invio successivo di documenti o l'invio successivo di documenti mancanti è privo di ogni effetto.

E' necessario provvedere alla corretta compilazione della domanda, in ogni sua parte, sottoscrivendola ed allegando copia di valido documento di identità.

La mancata indicazione degli elementi necessari comporta l'impossibilità di valutazione.

Si ricorda che le domande non potranno essere corredate di certificazioni di Amministrazioni Pubbliche o gestori di pubblici servizi in quanto, ai sensi della vigente normativa (DPR 445/2000), le Amministrazioni Pubbliche non possono accettare certificazioni rilasciate da altre Amministrazioni Pubbliche o gestori di pubblici servizi, pena la mancata valutazione.

Ai sensi dell'art.71 del DPR 445/2000 l'Amministrazione procederà ad idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000, qualora emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese dal candidato, lo stesso decade immediatamente dai benefici eventualmente riconosciuti dal provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

Con la presentazione della domanda è implicita da parte dei candidati l'accettazione, senza riserve, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente bando.

GRADUAZIONE DELLE DOMANDE

Al fine dell'assegnazione dell'incarico nella zona carente, i pediatri di cui alle lettere b), c), d) ed e) del comma 5 dell'art. 32 dell'ACN sono rispettivamente graduati:

- 1) pediatri di cui alla **lettera b)** in base all'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 21, comma 1 dell'ACN;
- 2) pediatri di cui alla **lettera c)** nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
 - punteggio riportato nella graduatoria provinciale per l'anno 2025 di cui all'articolo 19 dell'ACN;
 - punti 6 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria provinciale (31/01/2022) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
 - punti 10 ai pediatri residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria provinciale (31/01/2022) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
- 3) pediatri di cui alla **lettera d)** ed **e)** nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età;

In caso di pari posizione in graduatoria, i medici di cui alle lettere b) e c) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

Le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vacanti sono formulate sulla base dell'anzianità, dei relativi punteggi e criteri indicati, con la precisazione, per ciascun nominativo, delle zone per cui concorre.

CONVOCAZIONE PER ACCETTAZIONE INCARICO E CONFERIMENTO

Convocazione per accettazione

L'Azienda provvederà a pubblicare sul proprio sito - alla pagina dove sono pubblicati il bando e il facsimile di domanda - <https://www.apss.tn.it/Azienda/Operatori-e-partner/Servizio-acquisizione-e-gestione-personale-convenzionato/Pediatria-di-libera-scelta/Titolarita-bandi-e-relative-graduatorie>

le graduatorie ed a comunicare ai concorrenti interessati le eventuali esclusioni.

Ai fini dell'assegnazione degli incarichi vacanti, i candidati presenti nelle graduatorie sono fin d'ora convocati per il **10 febbraio 2026** presso l'Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino via Degasperi 79, TRENTO, secondo il seguente calendario:

- ad ore 9.30 i pediatri che concorrono per trasferimento esterno alla Provincia – ex art. 32, comma 5, lett. b) ACN dd. 25 luglio 2024;
- ad ore 10.00 i pediatri inseriti nella graduatoria provinciale ex art. 32, comma 5, lett. c) ACN dd. 25 luglio 2024;
- ad ore 10.30 i pediatri che hanno acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso e ex art. 32, comma 5, lett. d) ACN dd. 25 luglio 2024;
- ad ore 11.00 pediatri in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. non compresi nella lettera precedente ex art. 32, comma 5, lett. e) ACN dd. 25 luglio 2024;

La presente comunicazione della data ed orari di convocazione sostituisce a tutti gli effetti la convocazione tramite PEC.

I medici dovranno presentarsi muniti di valido documento di riconoscimento.

Nel caso di oggettiva impossibilità a presentarsi nel giorno ed ora sopra indicati, il pediatra potrà far pervenire, a mezzo PEC al seguente indirizzo apss@pec.apss.tn.it la propria disponibilità all'accettazione dell'incarico (lo specifico modulo sarà disponibile a seguito di pubblicazione delle graduatorie nella stessa pagina) entro le ore 23:59 del giorno precedente la convocazione.

La mancata presentazione, in assenza dell'accettazione di cui al punto precedente, sarà considerata a tutti gli effetti come rinuncia all'incarico.

Conferimento

Il conferimento degli incarichi avverrà nel seguente modo:

1) verranno redatte quattro graduatorie con il seguente ordine:

- pediatri di cui all'art.32 comma 5, lettera b);
- pediatri di cui all'art.32 comma 5, lettera c);
- pediatri di cui all'art.32 comma 5, lettera d) con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, in Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione;
- pediatri di cui all'art.32 comma 5, lettera e) con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, in Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione;

2) tutti i candidati sono convocati a prescindere dalle loro posizioni in graduatoria.

3) I conferimenti saranno di seguito effettuati:

- secondo l'ordine della graduatoria;
- sulla base delle priorità espresse in fase di convocazione nel modulo di accettazione (N.B. *non verranno presi in considerazione zone carenti che non siano state indicate nella domanda di assegnazione*);
- in base alla disponibilità delle zone non ancora assegnate ai candidati precedenti in graduatoria.

Rimane inteso che nel caso di mancato inserimento di un candidato la zona non potrà comunque essere proposta – anche se indicata come prima scelta - al candidato successivo in graduatoria al quale sia già stata assegnata un'altra zona.

La zona non coperta potrà essere assegnata al primo candidato utilmente collocato in graduatoria e non assegnatario, in prima applicazione, di alcuna zona.

Il conferimento dell'incarico determina contestualmente la cancellazione del pediatra dalla graduatoria e dall'incarico di provenienza in caso di pediatra assegnatario per trasferimento.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento Ue 2017/679, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino – Servizio Acquisizione e Gestione Personale Convenzionato – Via Degasperì, n.79 - Trento, per le finalità di gestione del presente avviso e saranno trattati anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione. La presentazione della domanda da parte del candidato implica il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili, a cura del personale assegnato all'ufficio preposto alla conservazione delle domande ed all'utilizzo delle stesse per lo svolgimento delle procedure di assegnazione.



DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DELLE ZONE CARENTI DI
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
- TRASFERIMENTO ESTERNO ALLA PROVINCIA –
art. 32, comma 5, lettera b) dell'ACN 25 luglio 2024

**Bollo
€ 16,00**

**IN ALTERNATIVA
pagamento
PagoPa**

Spett.le APSS
c.a. Servizio Acquisizione e Gestione Personale
Convenzionato
pec: apss@pec.apss.tn.it

Indicare nell'oggetto della PEC di invio:
"DOMANDA ZONE CARENTI PLS 03-2025"

Il sottoscritto _____
nato a _____ Prov. _____, il _____
Codice Fiscale _____
residente a _____ Prov. _____,
in Via _____, n. _____ CAP _____
tel. _____ cell. _____

Indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata - OBBLIGATORIO)

_____ e mail _____

- laureato in medicina e chirurgia in data _____ con voto ____/____ presso l'Università di _____
- abilitato all'esercizio della professione di medico chirurgo nella sessione ____/____ presso l'Università di _____
- iscritto all'Ordine provinciale/regionale dei medici chirurghi di _____, dal _____
- specializzato in _____ con voto ____/____ presso l'Università di _____ in data _____

CHIEDE DI PARTECIPARE

secondo quanto previsto dall'art. 32, comma 5, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale in vigore all'assegnazione delle zone carenti pubblicate sul B.U.R. n. _____ di data _____

A tal fine chiede di partecipare (barrare una delle due opzioni):

- ☐ per tutte le zone carenti pubblicate
- ☐ per le seguenti zone carenti (indicare le zone per cui si intende concorrere):

Sedi	Num. Zone carenti	indicare con una X l'incarico o gli incarichi di interesse
MALÈ (*)	1	
TERRE D'ADIGE (*)	1	
CAVARENO (*)	1	
BASELGA DI PINÈ (*)	1	
CASTELLO-MOLINA DI FIEMME (*)	1	
PINZOLO (*)	1	
RIVA DEL GARDA	1	
VOLANO (*)	1	

(*) Per l'apertura dell'ambulatorio principale in un Comune di meno 6.000 abitanti o con densità di popolazione inferiore a 100 abitanti per chilometro quadrato, al pediatra sarà riconosciuta l'indennità accessoria di inserimento di cui all'art. 14 del vigente Accordo Integrativo Provinciale. Tale indennità ha il valore di € 2.000 mensili ed è riconosciuta fino al raggiungimento di n. 250 assistiti, ridotta ad euro 1.000 dal raggiungimento dei 251 assistiti sino a 500 assistiti, per un periodo massimo di tre anni dalla data di iscrizione nell'elenco riferito all'ambito di inserimento. Il recesso dal rapporto convenzionale prima del termine di due anni dalla data di iscrizione nell'elenco comporta l'obbligo di restituire l'indennità percepita.

A tal fine **DICHIARA** sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni non veritiere di:

- essere attualmente titolare di incarico a tempo indeterminato come Pediatra di libera scelta presso l'Asl di _____ Prov. _____ Comune _____
PEC dell'Ente di provenienza _____
- essere iscritto nell'elenco dei medici Pediatri di libera scelta di _____ dal _____
- di vantare un'anzianità complessiva d'incarico a tempo indeterminato (detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 21 comma 1¹) nella Pediatria di libera scelta pari a mesi _____, articolata come segue:
 - a) dal _____ al _____
presso l'Azienda _____ Prov. _____, PEC dell'Ente distretto/ambito _____
_____, Comune di inserimento _____ Prov. _____
_____:
 - b) dal _____ al _____

¹ Art. 21 comma 1 dell' ACN 25/07/2024

Il pediatra di libera scelta è sospeso dagli incarichi nei seguenti casi:

- a) esecuzione dei provvedimenti di cui all'articolo 24;
- b) sospensione dall'Albo professionale;
- c) servizio prestato all'estero per tutta la durata dello stesso, ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125;
- d) provvedimenti restrittivi della libertà personale emessi dall'autorità giudiziaria;
- e) frequenza ad un corso di dottorato di ricerca previa autorizzazione dell'Azienda

presso l'Azienda _____ Prov. _____, PEC dell'Ente
_____,
_____, Comune di inserimento _____ Prov.
_____;

c) dal _____ al _____

presso l'Azienda _____ Prov. _____, PEC dell'Ente
_____,
_____, Comune di inserimento _____ Prov.
_____.

Allega: copia di un documento d'identità ed eventuale ricevuta del pagamento del bollo tramite PagoPa.

data

Firma per esteso

Informativa ai sensi del Regolamento Ue 2017/679. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno trattati dall'amministrazione, anche con strumenti informatici, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali. L'interessato può richiedere in qualsiasi momento l'accesso ai propri dati personali e ottenere copia degli stessi, la loro rettifica o integrazione, ove li ritenga inesatti o incompleti. Qualora ricorrano i presupposti normativi, l'interessato può inoltre opporsi al trattamento dei dati, richiederne la cancellazione o esercitare il diritto di limitazione. L'interessato ha altresì diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di trattamento illecito.



**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DELLE ZONE CARENTI DI
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**
**- Medico inserito nella graduatoria provinciale valida per il presente avviso -
art. 32, comma 5, lettera c) dell'ACN 25 luglio 2024**

**Bollo
€ 16,00**

IN ALTERNATIVA
pagamento
PagoPa

Spett.le APSS
c.a. Servizio Acquisizione e Gestione Personale
Convenzionato
pec: apss@pec.apss.tn.it

Indicare nell'oggetto della PEC di invio:
"DOMANDA ZONE CARENTI PLS 03-2025"

Il sottoscritto _____
nato a _____ Prov. _____, il _____
Codice Fiscale _____
residente a _____ Prov. _____,
in Via _____, n. _____ CAP _____
tel. _____ cell. _____

Indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata - OBBLIGATORIO)

_____ e mail _____

- laureato in medicina e chirurgia in data _____ con voto ____/____ presso l'Università di _____
- abilitato all'esercizio della professione di medico chirurgo nella sessione ____/____ presso l'Università di _____
- iscritto all'Ordine provinciale/regionale dei medici chirurghi di _____ dal _____
- specializzato in _____ con voto ____/____ presso l'Università di _____ in data _____

CHIEDE DI PARTECIPARE

secondo quanto previsto dall'art. 32, comma 5, lettera c) dell'Accordo Collettivo Nazionale in vigore all'assegnazione delle zone carenti pubblicate sul B.U.R. n. di data _____

A tal fine chiede di partecipare (barrare una delle due opzioni):

- ☐ per tutte le zone carenti pubblicate
- ☐ per le seguenti zone carenti (indicare le zone per cui si intende concorrere):

Sedi	Num. Zone carenti	indicare con una X l'incarico o gli incarichi di interesse
MALÈ (*)	1	
TERRE D'ADIGE (*)	1	
CAVARENO (*)	1	
BASELGA DI PINÈ (*)	1	
CASTELLO-MOLINA DI FIEMME (*)	1	
PINZOLO (*)	1	
RIVA DEL GARDA	1	
VOLANO (*)	1	

(*) Per l'apertura dell'ambulatorio principale in un Comune di meno 6.000 abitanti o con densità di popolazione inferiore a 100 abitanti per chilometro quadrato, al pediatra sarà riconosciuta l'indennità accessoria di inserimento di cui all'art. 14 del vigente Accordo Integrativo Provinciale. Tale indennità ha il valore di € 2.000 mensili ed è riconosciuta fino al raggiungimento di n. 250 assistiti, ridotta ad euro 1.000 dal raggiungimento dei 251 assistiti sino a 500 assistiti, per un periodo massimo di tre anni dalla data di iscrizione nell'elenco riferito all'ambito di inserimento. Il recesso dal rapporto convenzionale prima del termine di due anni dalla data di iscrizione nell'elenco comporta l'obbligo di restituire l'indennità percepita.

A tal fine **DICHIARA** sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni non veritiere di:

- punteggio riportato nella graduatoria provinciale 2025 di cui all'art. 19 ACN. _____;
- di essere residente (*per assegnazione di eventuale punteggio per la residenza nella regione/provincia o ambito territoriale di assegnazione*):

dal _____ nel Comune di _____ Prov. _____, in Via _____, n. _____ CAP _____

e di aver avuto precedentemente la residenza nei seguenti Comuni:

- a) dal _____ al _____
nel Comune di _____ Prov. _____, in Via _____, n. _____ CAP _____;
- b) dal _____ al _____
nel Comune di _____ Prov. _____, in Via _____, n. _____ CAP _____;
- c) dal _____ al _____
nel Comune di _____ Prov. _____, in Via _____, n. _____ CAP _____;

Allega: copia di un documento d'identità ed eventuale ricevuta del pagamento del bollo tramite PagoPa.

data

Firma per esteso

Informativa ai sensi del Regolamento Ue 2017/679. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno trattati dall'amministrazione, anche con strumenti informatici, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali. L'interessato può richiedere in qualsiasi momento l'accesso ai propri dati personali e ottenere copia degli stessi, la loro rettifica o integrazione, ove li ritenga inesatti o incompleti. Qualora ricorrano i presupposti normativi, l'interessato può inoltre opporsi al trattamento dei dati, richiederne la cancellazione o esercitare il diritto di limitazione. L'interessato ha altresì diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di trattamento illecito.

MODULO C



**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DELLE ZONE CARENTI DI
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
- Medico NON inserito nella graduatoria provinciale -
art. 32, comma 5, lettera d) ed e) dell'ACN 25 luglio 2024**

**Bollo
€16,00**

**IN ALTERNATIVA
pagamento
PagoPa**

Spett.le APSS
c.a. Servizio Acquisizione e Gestione Personale
Convenzionato
pec: apss@pec.apss.tn.it

Indicare nell'oggetto della PEC di invio:
"DOMANDA ZONE CARENTI PLS 03-2025"

Il sottoscritto _____
nato a _____ Prov. _____, il _____
Codice Fiscale _____
residente a _____ Prov. _____,
in Via _____, n. _____ CAP _____
tel. _____ cell. _____

Indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata - OBBLIGATORIO)

_____ e mail _____

- laureato in medicina e chirurgia in data _____ con voto ____/____ presso l'Università di _____
- abilitato all'esercizio della professione di medico chirurgo nella sessione ____/____ presso l'Università di _____
- iscritto all'Ordine provinciale/regionale dei medici chirurghi di _____, dal _____
- specializzato in _____ con voto ____/____ presso l'Università di _____ in data _____

CHIEDE DI PARTECIPARE

secondo quanto previsto dall'art. 32, comma 5, lettera d) ed e) dell'Accordo Collettivo Nazionale in vigore all'assegnazione delle zone carenti pubblicate sul B.U.R. n. _____ di data _____

A tal fine chiede di partecipare (barrare una delle due opzioni):

- ☐ per tutte le zone carenti pubblicate
- ☐ per le seguenti zone carenti (indicare le zone per cui si intende concorrere):

Sedi	Num. Zone carenti	indicare con una X l'incarico o gli incarichi di interesse
MALÈ (*)	1	
TERRE D'ADIGE (*)	1	
CAVARENO (*)	1	
BASELGA DI PINÈ (*)	1	
CASTELLO-MOLINA DI FIEMME (*)	1	
PINZOLO (*)	1	
RIVA DEL GARDA	1	
VOLANO (*)	1	

(*) Per l'apertura dell'ambulatorio principale in un Comune di meno 6.000 abitanti o con densità di popolazione inferiore a 100 abitanti per chilometro quadrato, al pediatra sarà riconosciuta l'indennità accessoria di inserimento di cui all'art. 14 del vigente Accordo Integrativo Provinciale. Tale indennità ha il valore di € 2.000 mensili ed è riconosciuta fino al raggiungimento di n. 250 assistiti, ridotta ad euro 1.000 dal raggiungimento dei 251 assistiti sino a 500 assistiti, per un periodo massimo di tre anni dalla data di iscrizione nell'elenco riferito all'ambito di inserimento. Il recesso dal rapporto convenzionale prima del termine di due anni dalla data di iscrizione nell'elenco comporta l'obbligo di restituire l'indennità percepita.

A tal fine **DICHIARA** sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni non veritiere di:

- essere specializzato in _____ con voto ____/____ presso l'Università di _____ in data _____

Allega: copia di un documento d'identità ed eventuale ricevuta del pagamento del bollo tramite PagoPa.

data

Firma per esteso

Informativa ai sensi del Regolamento Ue 2017/679. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno trattati dall'amministrazione, anche con strumenti informatici, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali. L'interessato può richiedere in qualsiasi momento l'accesso ai propri dati personali e ottenere copia degli stessi, la loro rettifica o integrazione, ove li ritenga inesatti o incompleti. Qualora ricorrano i presupposti normativi, l'interessato può inoltre opporsi al trattamento dei dati, richiederne la cancellazione o esercitare il diritto di limitazione. L'interessato ha altresì diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di trattamento illecito.