

MODULO DI ACCETTAZIONE ZONE CARENTI PEDIATRIA PUBBLICAZIONE ex art.32 comma 1 dell' ACN dd 25 luglio 2024 BUR n. 14 di data 08 aprile 2026	Bollo €16,00 <hr/> in alternativa vedi istruzioni allegate per pagamento PagoPa
---	--

Spett.le Servizio Acquisizione e Gestione del
 Personale Convenzionato
 Via A.Degasperi 79
 38123 TRENTO
 PEC: asuit@pec.asuit.tn.it

Il/la sottoscritto/a

nato/a Prov. () il / / ,

Tel.

PEC

EMAIL

DICHIARA

La disponibilità ad accettare l'incarico a tempo indeterminato quale PEDIATRA DI LIBERA SCELTA per la/le zona/e carente/i pubblicata/e sul B.U.R. n. 14 dd. 08/04/2026 per cui ha presentato domanda indicando precisamente la sede o l'eventuale ordine di preferenza (**ATTENZIONE: non è possibile** indicare sedi non inserite nella domanda di assegnazione. Non verranno prese in considerazione zone carenti che non siano state indicate nella domanda di assegnazione).

Ambito	Incarichi vacanti (considerare SOLO quelli per cui è stata presentata domanda)	INDICARE con una X la sede o l'eventuale ordine di preferenza
VAL DI SOLE	MALÈ	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
VAL DI NON	CAVARENO	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
VALLI DI FIEMME E FASSA	CASTELLO-MOLINA DI FIEMME	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
VALLI GIUDICARIE RENDENA	PINZOLO	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

All'uopo, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente mendace, rilascia la seguente AUTOCERTIFICAZIONE E

DICHIARA

1) di essere residente a , Prov. (),
CAP , in via nr.
dal ;

2) di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della
Provincia di , a decorrere dal
 al n.

3) di essere di non essere
titolare di rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di
natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale

Soggetto

PEC del soggetto

Indirizzo

Tipo di rapporto di lavoro:

Periodo: dal al

4) di essere di non essere
proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore o re-
sponsabile di strutture convenzionate o accreditate con il S.S.N.

Soggetto

Indirizzo

Tipo di rapporto:

Periodo: dal al

5) di operare di non operare
a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operan-
ti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (è consentito esclusiva-

mente lo svolgimento di attività istituzionale prevista dall' ACN e secondo modalità definite a livello regionale)

Soggetto

Indirizzo

Tipo di rapporto:

Periodo: dal al

6) di esercitare di non esercitare

altre attività o di essere titolare o compartecipe delle quote di imprese che possano configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale

Soggetto

Indirizzo

Tipo di rapporto:

Periodo: dal al

7) di svolgere di non svolgere

attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il S.S.N

Regione Azienda

PEC dell'Azienda

Tipo di rapporto:

Periodo: dal al

8) di svolgere di non svolgere

attività di specialista ambulatoriale interno, veterinario ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) o di medico di medicina generale

Regione Azienda

PEC dell'Azienda

Tipo di rapporto:

Periodo: dal al

- 9) di svolgere di non svolgere

funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale di scelta

Soggetto

PEC del soggetto

Ambito

Tipo di rapporto di lavoro:

Periodo: dal al

- 10) di fruire di non fruire

del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

- 11) di intrattenere di non intrattenere

con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 15-octies del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

- 12) di essere iscritto di non essere iscritto

al corso di formazione specifica in medicina generale o a corsi di specializzazione

Denominazione del corso

Soggetto pubblico che lo svolge

Periodo: dal al

- 13) di fruire di non fruire

del trattamento di quiescenza.

Soggetto erogante il trattamento pensionistico

Periodo dal

L'incompatibilità non si rileva se si appartiene alla seguente categoria

medico che beneficia delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo prev. ENPAM

14) di svolgere di non svolgere

funzioni di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e ss.mm.e ii.

Soggetto

Indirizzo

Tipo di rapporto di lavoro:

Ore settimanali Periodo: dal al

15) di svolgere di non svolgere

altra attività sanitaria, anche in libera professione, presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti):

a. Soggetto

Indirizzo

Tipo di rapporto di lavoro:

Tipo di attività:

Ore settimanali Periodo: dal al

b. Soggetto

Indirizzo

Tipo di rapporto di lavoro:

Tipo di attività:

Ore settimanali Periodo: dal al

16) di aver subito provvedimenti di revoca o decadenza dall'incarico convenzionale di medico pediatra di libera scelta (art. 23 e 24 dell'ACN vigente)

di non aver subito provvedimenti di revoca o decadenza dall'incarico convenzionale di medico pediatra di libera scelta (art. 23 e 24 dell'ACN vigente)

NOTE (nello spazio sottostante può essere indicata qualsiasi notizia ritenuta utile al fine del corretto adempimento della dichiarazione):

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare all'Azienda presso cui opera ogni eventuale variazione che intervenga rispetto a quanto nella presente dichiarato.

Luogo e data

Il dichiarante

(firma per esteso e leggibile)

ALLEGA:

- fotocopia di valido documento di identità
- Marca da bollo o ricevuta del pagamento tramite PagoPa.

Istruzioni per il pagamento dell'imposta di bollo con PagoPa

Per il pagamento dell'imposta di bollo attraverso il sistema PagoPa è necessario collegarsi al sito <http://pagopa.apss.tn.it> e selezionare 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.

Informativa ai sensi del Regolamento Ue 2016/679. 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.