

**MODULO DI ACCETTAZIONE INCARICHI VACANTI
MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA**
(Pubblicazione B.U.R. n. 13 dd. 01/04/2026)

Bollo €16,00

**in alternativa
vedi istruzioni
allegate
per pagamento
PagoPa**

Spett.le Servizio Acquisizione e Gestione del
Personale Convenzionato
Via Degasperi, 79
38123 TRENTO

PEC: asuit@pec.asuit.tn.it

Il/la sottoscritto/a

nato/a

Prov.

,

il

/

Tel.

PEC

EMAIL

DICHIARA

La propria disponibilità all'accettazione, quale medico del ruolo unico di assistenza primaria, per gli incarichi vacanti per cui ha presentato domanda e precisamente indicando il seguente ordine di preferenza (**ATTENZIONE**: non è possibile indicare sedi non inserite nella domanda di assegnazione. Non verranno prese in considerazione incarichi vacanti che non siano stati indicati nella domanda di assegnazione).

Ambito e Luogo di svolgimento dell'attività oraria secondo programmazione aziendale	Località di apertura dell'ambulatorio principale	Indicare l'ordine di scelta
TRENTO E VALLE DEI LAGHI	Trento - Circoscrizione n. 1 Gardolo	<input type="text"/>
	Trento - Circoscrizione n. 3 Bondone	<input type="text"/>
	Trento - Circoscrizione n. 5 Ravina/Romagnano	<input type="text"/>
	Trento - Circoscrizione n. 6 Argentario	<input type="text"/>
	Trento - Circoscrizione n. 7 Povo	<input type="text"/>
	Trento - Circoscrizione n. 8 Mattarello	<input type="text"/>
	Trento - Circoscrizione n. 9 Villazzano	<input type="text"/>
	Trento - Circoscrizione n.11 San Giuseppe/Santa Chiara	<input type="text"/>
	Trento - Circoscrizione n. 12 Centro Storico/Piedicastello	<input type="text"/>
	ALDENO	<input type="text"/>
	GARNIGA TERME	<input type="text"/>
	MADRUZZO	<input type="text"/>
	VALLELAGHI	<input type="text"/>
	ROITALIANA PAGANELLA CEMBRA	LONA LASES
MEZZOCORONA		<input type="text"/>
SPORMAGGIORE		<input type="text"/>
TERRE D'ADIGE		<input type="text"/>
VAL DI NON	BORGIO D'ANAUNIA	<input type="text"/>
	CLES	<input type="text"/>
	NOVELLA	<input type="text"/>
	VILLE D'ANAUNIA	<input type="text"/>
ALTA VALSUGANA	ALTOPIANO DELLA VIGOLANA	<input type="text"/>
	BASELGA DI PINÈ	<input type="text"/>
	CALCERANICA AL LAGO	<input type="text"/>
	CIVEZZANO	<input type="text"/>
	PERGINE	<input type="text"/>
PRIMIERO	MEZZANO	<input type="text"/>
	PRIMIERO SAN MARTINO DI CASTROZZA c/o la Casa di Comunità	<input type="text"/>

VAL DI FASSA	SAN GIOVANNI DI FASSA	<input type="text"/>
	SORAGA	<input type="text"/>
VAL DI FIEMME	PREDAZZO	<input type="text"/>
BASSA VALSUGANA	BORGO VALSUGANA c/o Casa della Comunità	<input type="text"/>
	CASTELNUOVO	<input type="text"/>
	PIEVE TESINO	<input type="text"/>
	RONCEGNO	<input type="text"/>
	TORCEGNO	<input type="text"/>
VALLAGARINA	AVIO	<input type="text"/>
	ISERA	<input type="text"/>
	MORI	<input type="text"/>
	ROVERETO	<input type="text"/>
	TERRAGNOLO	<input type="text"/>
	TRAMBILENO	<input type="text"/>
	VALLARSA	<input type="text"/>
	VOLANO	<input type="text"/>
ALTO GARDA E LEDRO	ARCO	<input type="text"/>
	LEDRO	<input type="text"/>
	NAGO TORBOLE	<input type="text"/>
	RIVA DEL GARDA	<input type="text"/>
GIUDICARIE E RENDENA	BORGO CHIESE	<input type="text"/>
	SPIAZZO	<input 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 DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO (ai sensi dell'art.46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445) e pertanto

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.

E in relazione alle incompatibilità, ai sensi dell'ACN in vigore

- 3) di essere di non essere
titolare di ogni altro 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 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

- 5) 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

- 6) di svolgere di non svolgere

attività di specialista ambulatoriale interno, veterinario ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) o di pediatra di libera scelta

Regione Azienda

PEC dell'Azienda

Tipo di rapporto:

Periodo: dal al

- 7) di svolgere di non svolgere

funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale in cui esercita attività a ciclo di scelta o attività oraria

Soggetto

PEC del soggetto

Ambito

Tipo di rapporto di lavoro:

Periodo: dal al

- 8) 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;

- 9) di essere di non essere

proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore ovvero operi, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N..

Soggetto

Indirizzo

Tipo di rapporto:

Periodo: dal al

- 10) di intrattenere di non intrattenere

con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8-quinquies (accordi contrattuali) del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

- 11) 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

- 12) di fruire di non fruire

del trattamento di quiescenza.

Soggetto erogante il trattamento pensionistico

Periodo dal

L'incompatibilità non si rileva se si appartiene ad una di queste categorie:

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

13) di svolgere di non svolgere

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

Soggetto

Indirizzo

Tipo di rapporto di lavoro:

Ore settimanali Periodo: dal al

14) di essere di non essere

titolare di incarico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato:

Regione Azienda

PEC dell'Azienda

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 di medicina generale (art. 24 e 25 dell'ACN vigente)
- di non aver subito provvedimenti di revoca o decadenza dall'incarico convenzionale di medico di medicina generale (art. 24 e 25 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.