

**MODULO DI DISPONIBILITÀ AD ASSUMERE INCARICHI A
TEMPO DETERMINATO AD ATTIVITÀ ORARIA
Ai sensi dell'art. 37 dell'ACN dd. 15/01/2026 e s.m.i.
POTENZIAMENTO INVERNO 2026/2027**

Spett.le **ASUIT**
Servizio Acquisizione e Gestione
Personale Convenzionato
Via Degasperi 79
Piano interrato
38123 TRENTO
PEC: asuit@pec.asuit.tn.it

Il/la sottoscritto/a

nato/a Prov. il

c.f. residente a

Prov. CAP Via nr.

Tel.

PEC

E-mail

PRESA VISIONE DEI CONTENUTI DELL'AVVISO, SI DICHIARA DISPONIBILE ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICO A TEMPO DETERMINATO AD ATTIVITÀ ORARIA - POTENZIAMENTO INVERNO 2026/2027 - PRESSO LE SEGUENTI SEDI:

SEDE DI ATTIVITÀ	indicare l'ordine di preferenza
	Decorrenza DICEMBRE
PREDAZZO	☐
SAN GIOVANNI DI FASSA – SEN JAN FASSA	☐
TONADICO	☐
MEZZOLOMBARDO	☐
PELLIZZANO	☐
ROVERETO	☐

Il sottoscritto specifica che si rende disponibile per incarichi

(contrassegnare la/le casella/le di interesse – si possono scegliere anche tutte e 2 le caselle. Se viene scelta una sola casella vuol dire che non vi è interesse per l'altra)

12 ore sett.li ☐	24 ore sett.li ☐
--	--

Allo scopo, 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. 445/2000), e pertanto

DICHIARA

1. di essersi laureato/a in medicina e chirurgia il con voto su lode ☐
☐ presso l'università di

oppure

di essersi laureato/a in medicina e chirurgia nella Comunità Europea/Extra Europea presso l'università di Stato in data
 con voto estero corrispondente alla votazione italiana di /110 come risultante dalla dichiarazione di valore/attestato di comparabilità allegato;

In assenza di formale conversione del voto non verrà attribuito alcun punteggio – voto pari a 0.

Riconoscimento dal Ministero della Salute con Decreto nr.
di data (necessario allegare copia del Decreto)

2. di essersi abilitato/a a il
3. di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici di
dal
4. di essere residente a prov.
dal

5. di essere inserito/a in graduatoria provinciale anno con punteggio
6. ☐ di essere ☐ di non essere
inserito/a in graduatoria aziendale annuale per incarichi a tempo determinato ai sensi dell'art.19
co. 6 dell'ACN
7. ☐ di essere ☐ di non essere
in possesso dell'attestato di medicina generale dal conseguito presso
8. ☐ di essere ☐ di non essere
iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale dal al
 presso
☐ usufruendo di borsa di studio fino al ☐ NON usufruendo di borsa di
studio;
9. ☐ di essere ☐ di non essere
iscritto/a al corso di specializzazione in
dal presso
10. ☐ di essere ☐ di non essere
titolare di incarico (anche tempo determinato) a ciclo di scelta, dal al
 con numero assistiti in carico pari a presso l'azienda sanitaria
11. ☐ di essere ☐ di non essere
titolare di incarico (anche a tempo determinato) di Pediatria di Libera Scelta, dal
 al con numero assistiti in carico pari a presso
l'azienda sanitaria
12. ☐ di essere ☐ di non essere
titolare di incarico ad attività oraria (anche a tempo determinato), dal al
 presso l'azienda sanitaria

13. ☐ di **aver** subito provvedimenti di revoca o decadenza dall'incarico convenzionale di medico di medicina generale (art. 24 e 25 dell'ACN vigente) **emesso dal seguente ENTE**

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

14. ☐ di avere cittadinanza italiana

☐ di non avere cittadinanza italiana – indicare la cittadinanza

15. di impegnarsi a comunicare qualsiasi tipologia di incompatibilità all'incarico prevista dalle vigenti leggi e dal vigente Accordo Collettivo nazionale di categoria.

16. di essere informato/a che:

- le comunicazioni aziendali in ordine al procedimento di assegnazione degli incarichi avverranno esclusivamente tramite posta elettronica certificata (ex Legge 2/2009), per cui nella disponibilità ad assumere l'incarico va indicato il recapito PEC che il medico intende utilizzare;
- per l'invio della disponibilità è indispensabile utilizzare lo stesso mezzo di comunicazione, trasmettendo il modulo alla PEC aziendale all'indirizzo: asuit@pec.asuit.tn.it
- in merito alla corrispondenza in arrivo via PEC, si comunica che l'ASUIT accetta soltanto documenti in formato PDF–PDF/A, TIFF o JPEG e comunque non zippati.
- 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.

ALLEGA: fotocopia di valido documento di identità

data e luogo

firma leggibile