

<p><b>DOMANDA per incarichi di natura libero professionale per l'assistenza sanitaria ai turisti ai sensi dell'art. 46 A.C.N. dd. 15/01/2026 e dell'art. 17 A.C.P. dd. 21/06/2024</b></p> <p><b>STAGIONE ESTIVA 2026</b></p>	<p><b>Bollo €16,00</b></p> <p>-----</p> <p><b>in alternativa vedi istruzioni allegate per pagamento PagoPa</b></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Spett.le Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino  
 Servizio Acquisizione e Gestione del Personale Convenzionato  
 Via Degasperi, 79  
 38123 TRENTO  
**PEC: asuit@pec.asuit.tn.it**

**oggetto "domanda turistica STAGIONE ESTIVA 26"**

Il/la sottoscritto/a

nato/a  Prov.  il / /

codice fiscale  residente  Prov.

CAP  via  nr.  dal

Tel.  EMAIL

**PEC obbligatoria**

**CHIEDE**

di partecipare all'assegnazione del/dei seguente/i incarico/ incarichi (numerare secondo l'ordine di preferenza):

Ambito	n. incarichi LP	Dal	Al	Sede di servizio	Pref.
ALTO GARDA E LEDRO	1	01/07/2025	31/08/2025	Riva del Garda	<input type="checkbox"/>
	1	01/07/2025	31/08/2025	Ledro	<input type="checkbox"/>
GIUDICARIE E RENDENA	1	01/07/2025	31/08/2025	Pinzolo	<input type="checkbox"/>
	1	01/07/2025	31/08/2025	Comano Terme	<input type="checkbox"/>

VAL DI FIEMME	1	01/07/2026	28/08/2026	Cavalese e Predazzo	<input type="checkbox"/>
PRIMIERO	1	01/06/2026	25/09/2026	Tonadico	<input type="checkbox"/>
ALTA VALSUGANA	1	01/07/2026	31/08/2026	Levico Terme	<input type="checkbox"/>
ROITALIANA PAGANELLA	1	22/06/2026	04/09/2026	Altopiano Paganella	<input type="checkbox"/>
VAL DI NON	1	01/07/2026	31/08/2026	Val di Non	<input type="checkbox"/>
VAL DI SOLE	1	01/07/2026	31/08/2026	Alta Val di Sole	<input type="checkbox"/>
	1	01/07/2026	31/08/2026	Bassa Val di Sole	<input type="checkbox"/>
VAL DI FASSA	1	01/07/2026	28/08/2026	San Giovanni di Fassa (Sén Jan)	<input type="checkbox"/>

e a tal fine **DICHIARA** ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28.12.200, n. 445 e successive modifiche e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 e s.m.i. nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del medesimo DPR 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni non veritiere di:

- 1)  di essere laureato in , presso l'università di  con voto  in data
- 2)  di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di  a decorrere dal
- 3)  di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:  
in  conseguita il   
presso l'università di  con voto   
indirizzo pec Università   
  
in  conseguita il   
presso l'università di  con voto

indirizzo pec Università

4)  di essere iscritto al corso di specializzazione in   
presso l'Università di

5)  di essere iscritto  di non essere iscritto  
al corso di formazione specifica in medicina generale  
ente pubblico che lo svolge   
PEC dell'ente pubblico

6)  di essere  di non essere  
in possesso dell'attestato di formazione di Medicina generale conseguito presso la regione  
  
PEC del soggetto   
Indirizzo

7) di aver svolto precedenti incarichi nell'assistenza sanitaria ai villeggianti :  
presso Azienda Sanitaria   
PEC dell'Azienda   
Periodo: dal  al

presso Azienda Sanitaria   
PEC dell'Azienda   
Periodo: dal  al

presso Azienda Sanitaria   
PEC dell'Azienda   
Periodo: dal  al

- 8) di aver svolto precedenti incarichi nel ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (già assistenza primaria)

presso Azienda Sanitaria

PEC dell'Azienda

Periodo: dal  al

presso Azienda Sanitaria

PEC dell'Azienda

Periodo: dal  al

presso Azienda Sanitaria

PEC dell'Azienda

Periodo: dal  al

- 9) DI ESSERE medico TITOLARE di incarico a tempo indeterminato nel ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (già continuità assistenziale)

presso Azienda sanitaria

Indirizzo

PEC dell'Azienda

Periodo: dal

- 10) DI ESSERE medico INCARICATO a tempo determinato nel ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (già continuità assistenziale)

presso Azienda sanitaria

Indirizzo

PEC dell'Azienda

Periodo: dal  al

- 11)  di fruire  di non fruire

del trattamento di quiescenza (specificare tipologia per valutazione)

soggetto erogante il trattamento pensionistico

Periodo dal

#### ULTERIORI INFORMAZIONI O NOTE

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.