



MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLA PROCEDURA DI MOBILITÀ INTRAZIENDALE

ACN SPECIALISTICA AMBULATORIALE DI DATA 04/04/2024 ART. 20 CO. 1

PROTOCOLLO

Spettabile
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
**Servizio Acquisizione e Gestione del Personale
Convenzionato**
Open Center - 3° Piano –
Viale Verona, n. 190/5 - 38123 TRENTO

PEC: apss@pec.apss.tn.it

Il/la sottoscritto/a

Cognome

Nome

Sesso M

☐

F

☐

Nato/a a

Prov.

il

Cod. fiscale

Comune di Residenza

Prov.

CAP

Indirizzo

Cellulare

Email

PEC obbligatoria

(Posta elettronica certificata, indispensabile per le comunicazioni tra P.A. e il professionista L. 2/2009)

Il sottoscritto è consapevole che la mancanza dell'indirizzo di Posta Elettronica Certificata, comporta l'impossibilità di essere interpellato e conseguentemente di essere eventualmente assegnatario d'incarico

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

☐ di essere cittadino italiano;

☐ di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE: (Specificare)

di ☐ NON ESSERE

nelle condizioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 27 dell'A.C.N. 04/04/2024 ed altre disposizioni normative.

di ☐ **ESSERE** _____
 Specificare l'eventuale incompatibilità _____

Iscritto all'Albo professionale:

☐	Medici Chirurghi	al nr.		dal	
☐	Odontoiatri	al nr.		dal	
☐	Biologi	al nr.		dal	
☐	Chimici	al nr.		dal	
☐	Psicologia	al nr.		dal	
☐	Psicoterapeuti	al nr.		dal	
☐	Veterinari	al nr.		dal	

MANIFESTA L'INTERESSE AL TRASFERIMENTO PRESSO:

<u>PRIORITA'</u>	<u>AMBITO</u>	<u>SEDE/DISTRETTO</u>
Numero		

E CONTESTUALMENTE CHIEDE DI LASCIARE LE ORE D'INCARICO

A tal fine DICHIARA

di essere:

☐ titolare di incarico a tempo indeterminato che svolge in via esclusiva,

presso:

in via

 n. cap

comune di

 prov.

☐ di vantare un'anzianità complessiva d'incarico di n. 18 mesi nelle sedi di provenienza articolate come segue:

<u>PRIORITA'</u>	<u>AMBITO</u>	<u>SEDE/DISTRETTO</u>	<u>ANZIANITA' INCARICO</u>	<u>ORE SETTLI</u>

☐ allega: copia di un documento d'identità (se spedita).

Data

Firma per esteso

(**) Io sottoscritto nella mia qualità di funzionario incaricato, attesto che la sottoscrizione del presente atto è stata apposta in mia presenza dal Sig. della cui identità mi sono personalmente accertato mediante:

☐ Patente; ☐ Carta d'Identità; ☐ Passaporto Documento n.

rilasciato da:

Trento, li IL FUNZIONARIO INCARICATO

(**): **la presente autentica non è necessaria, qualora venga allegata copia fotostatica di valido documento di identità.**

Ai sensi del Regolamento Ue 2016/679, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento – Ufficio Personale Convenzionato – Via Degasperi, 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.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE –
AUTOCERTIFICAZIONE – POSSESSO DELLE PARTICOLARI CAPACITA’
PROFESSIONALI**

(art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico)

Il/la sottoscritto/a

Cognome e Nome

nato a Prov. il

Codice Fiscale

residente a Prov.

in Via n. Cap

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, 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 essere in possesso delle particolari capacità professionali richieste:

CERTIFICAZIONE ACQUISITA PRESSO ENTE:

In data

O IN ALTERNATIVA

☐ curriculum vitae e comunque ogni qualsivoglia documentazione **non rilasciata da una Pubblica Amministrazione o gestori di pubblici servizi**, in tal caso è possibile allegare la documentazione sia in originale che in copia resa legale o autenticata ai sensi di legge, ovvero anche in fotocopia, munita di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, sottoscritta dal candidato, attestante che la copia allegata è conforme all’originale, ai sensi dell’art.79 del DPR 445/200 e s.m.i.: descrizione documentazione:

allega: copia di un documento d'identità (se spedita).

Data

Firma per esteso

(**) Io sottoscritto nella mia qualità di funzionario
incaricato, attesto che la sottoscrizione del presente atto è stata apposta in mia presenza dal Sig.
, della cui identità mi sono personalmente accertato
mediante:
☐ Patente; ☐ Carta d'Identità; ☐ Passaporto Documento n.
rilasciato da:
Trento, li IL FUNZIONARIO INCARICATO

(): la presente autentica non è necessaria, qualora venga allegata copia fotostatica di valido documento di identità.**

Ai sensi del Regolamento Ue 2016/679, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento – Ufficio Personale Convenzionato – Via Degasperi, 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.