



Azienda Provinciale *per i Servizi Sanitari*
Provincia Autonoma di Trento

DOMANDA per incarichi di natura libero professionale per l'assistenza sanitaria ai villeggianti ai sensi dell'art. 46 A.C.N. dd. 22/01/2022 e dell'art. 35 A.C.P. dd. 17.4.2007 e s.m.i. INVERNO 2023-2024	Bollo €16,00
	in alternativa vedi istruzioni allegate per pagamento PagoPa

Spett.le Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento
Ufficio Personale Convenzionato
c/o Open Center
Viale Verona 190/5
38123 TRENTO
PEC: apss@pec.apss.tn.it

oggetto "domanda turistica inverno 2023"

Il/la sottoscritto/a

nato/a Prov. il / /

residente Prov. CAP via nr.

dal

Tel.

PEC **obbligatoria**

EMAIL

CHIEDE

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

U.O. Cure Primarie	Ambito di attività	specifiche	n. incarichi	Dal	Al	Pref
VALSUGANA E TESINO, ALTA VALSUGANA E BERSNTOL E PRIMIERO	PRIMIERO	ambulatorio: S. Martino di Castrozza.	1 medico	27/12/2023	01/03/2024	

VALLE DI FIEMME, COMUN GENERAL DE FASCIA, VALLE DI CEMBRA	VAL DI FIEMME	ambulatori: Predazzo e Cavalese	1 medico	27/12/2023	29/03/2024	☐
VALLE DI SOLE, ROTAIANA – KOENIGSBERG, PAGANELLA	VAL DI SOLE	ambulatori: Folgarida	1 medico	27/12/2023	29/03/2024	☐
		ambulatorio: Marilleva	1 medico	27/12/2023	29/03/2024	☐
		ambulatorio: Passo del Tonale	1 medico	07/12/2023	05/04/2024	☐
	PAGANELLA	ambulatorio: Andalo	1 medico	07/12/2023	05/04/2024	☐

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 (indicare giorno, mese e anno) : dal al

presso Azienda Sanitaria
PEC dell'Azienda
Periodo (indicare giorno, mese e anno): dal al

presso Azienda Sanitaria
PEC dell'Azienda
Periodo (indicare giorno, mese e anno): dal al
- 8) di aver svolto precedenti incarichi nell'assistenza PRIMARIA:
presso Azienda Sanitaria
PEC dell'Azienda
Periodo (indicare giorno, mese e anno): dal al

presso Azienda Sanitaria
PEC dell'Azienda
Periodo (indicare giorno, mese e anno): dal al

presso Azienda Sanitaria
PEC dell'Azienda
Periodo (indicare giorno, mese e anno): dal al

9) DI ESSERE medico TITOLARE di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale

presso Azienda sanitaria
Indirizzo
PEC dell'Azienda
Periodo: dal

10) DI ESSERE medico INCARICATO a tempo determinato di continuità assistenziale

presso Azienda sanitaria
Indirizzo
PEC dell'Azienda
Periodo: dal al

11) ☐ di fruire ☐ di non fruire

del trattamento di quiescenza.

Soggetto erogante il trattamento pensionistico
Periodo dal

ULTERIORI INFORMAZIONI O NOTE

.....
.....
.....

Data e luogo

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.