

SERVIZIO ACQUISIZIONE E GESTIONE
DEL PERSONALE CONVENZIONATO

Via Degasperì, 79

38123 TRENTO

PEC asuit@pec.asuit.tn.it

Specialisti ambulatoriali

Il/la sottoscritto/a dottor/dott.ssa

Cognome Nome Sesso M ☐ F ☐

Nato/a a Prov. * il*
Indicare città o eventuale stato estero di nascita

Cod. fiscale Comune di Residenza

Prov. CAP Via

Cellulare Fisso Mail

PEC (obbligatorio ex L. 2/2009)



Attenzione

Il sottoscritto è consapevole che la mancanza dell'indirizzo di Posta Elettronica Certificata, comporta l'impossibilità di essere interpellato per eventuali incarichi.

Partita IVA Codice ENPAM

Il sottoscritto, inoltre è consapevole che, a seguito d'interpello ed accettazione dell'eventuale incarico, la mancanza dei dati relativi alla Partita IVA e Codice ENPAM, comporterà l'impossibilità di essere incaricato, e pertanto, ancorché non essendone attualmente in possesso, si impegna sin da ora a fornirli entro la data di inizio dell'eventuale incarico.

Si dichiara disponibile
per incarichi provvisori riguardanti la Medicina Specialistica ambulatoriale

nella branca di:

Dichiara, inoltre, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché della sanzione della decadenza dei benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente mendace:

→ ☐ di essere cittadino italiano;

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

→ di aver conseguito il diploma di Laurea (DL) in ITALIA:

☐ Medicina e Chirurgia presso l'Università di Data Voto

☐ Odontoiatria e p.d. presso l'Università di Data Voto

☐ COMUNITA' EUROPEA presso l'Università di

Stato voto in data

☐ riconoscimento dal Ministero della Salute Italiano con Decreto nr. di data

☐ EXTRA EUROPEA stato in data

☐ Riconoscimento in Italia presso l'Università

voto in data

☐ del Ministero della Salute Italiano con Decreto nr. di data

→ di aver conseguito la Laurea Specialistica/magistrale (LS) in ITALIA:

☐ Medicina e Chirurgia presso l'Università di Data Voto
☐ Odontoiatria e p.d. presso l'Università di Data Voto

☐ COMUNITA' EUROPEA presso l'Università di

Stato voto in data

☐ riconoscimento dal Ministero della Salute Italiano con Decreto nr. di data

☐ EXTRA EUROPEA stato in data

☐ Riconoscimento in Italia presso l'Università

voto in data

☐ del Ministero della Salute Italiano con Decreto nr. di data

→ di aver conseguito l'Abilitazione all'esercizio della professione in data

presso l'Università di

→ di possedere la Specializzazione in

☐ ITALIA presso l'Università di

data voto

☐ COMUNITA' EUROPEA presso l'Università di

Stato voto in data

☐ riconosciuto dal Ministero della Salute Italiano con Decreto nr. di data

☐ EXTRA EUROPEA stato

☐ Riconoscimento in Italia presso l'Università

voto in data

☐ del Ministero della Salute Italiano con Decreto nr. di data

→ di essere iscritto/a in ITALIA all'Albo professionale:

☐ dei Medici Chirurghi della Provincia di dal*

☐ degli Odontoiatri della Provincia di dal*

→ di ☐ NON ESSERE nelle condizioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 25 dell'A.C.N. ed altre disposizioni normative.

di ☐ ESSERE

Specificare l'eventuale incompatibilità

Si rende noto che la presente nota di disponibilità verrà considerata valida solo se:

- presentata già firmata dal professionista unitamente a copia fotostatica di un documento di identità;
- debitamente compilata, in ogni sua parte, on-line o in stampatello leggibile.

La presente disponibilità ha validità 1 (un) anno dalla data di ricevimento.

A scadenza dell'anno se non rinnovata, il nominativo verrà cancellato dall'elenco di disponibilità.

Si impegna inoltre a comunicare qualsivoglia modifica del proprio status, relativamente a quanto sopra dichiarato.

Data

Firma