

SERVIZIO ACQUISIZIONE E GESTIONE  
DEL PERSONALE CONVENZIONATO  
Via Degasperi, 79  
38123 TRENTO  
PEC [asuit@pec.asuit.tn.it](mailto: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

COMUNITÀ 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 \_\_\_\_\_