



**MEDICINA GENERALE**

**Dichiarazione di disponibilità per incarichi a termine  
(validità 2 anni)**

Al

**Servizio Acquisizione e Gestione del  
Personale Convenzionato**

Sede

Via Degasperi, 79

38123 TRENTO

PEC apss@pec.apss.tn.it

Il/la sottoscritto/a dottor/dott.ssa

Cognome  Nome  Sesso M ☐ F ☐

Nato/a  Prov.  Il

Cod. fiscale  Comune di Residenza

Prov.  CAP  Via

Cellulare  fisso

email  necessaria per invio informazioni

PEC

**obbligatoria ex L. 2/2009 e necessaria per eventuale assegnazione di incarichi**



**Attenzione**

**Il sottoscritto è consapevole che la mancanza dell'indirizzo email e di Posta Elettronica Certificata comporta l'impossibilità di essere informato o 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.**

## MANIFESTA LA PROPRIA DISPONIBILITÀ

- ☐ per incarichi a tempo determinato di assistenza primaria a ciclo di scelta (ex Assistenza Primaria)
- ☐ per incarichi a tempo determinato di assistenza primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale)
- ☐ per incarichi a tempo determinato nell’Emergenza sanitaria territoriale (è necessario avere l’attestato indicato all’ultimo punto)
- ☐ per incarichi a tempo determinato di assistenza negli istituti penitenziari
- ☐ per incarichi in libera professione per l’assistenza sanitaria ai villeggianti (medicina turistica) ex art. 17 ACP 21 giugno 2024

### e DICHIARA

*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 aver conseguito la laurea in Medicina in:**

☐ **ITALIA** presso l’Università di

**data**

**voto**

☐ **COMUNITÀ EUROPEA/ EXTRA EUROPEA** presso l’Università di

**Stato**

**voto**

**in data**

**Riconoscimento dal Ministero della Salute con Decreto nr.**

**di data**

**(necessario allegare copia del decreto)**

**di aver conseguito l’Abilitazione all’esercizio della professione in data**

**presso l’Università di**

**di essere iscritto/a all'Albo professionale dei Medici Chirurghi in ITALIA**

**Provincia di**

**dal**

☐ **di essere inserito in graduatoria provinciale anno**  **con punteggio**

☐ **di essere inserito in graduatoria annuale per incarichi a tempo determinato ai sensi dell'art. 19 comma 6 dell'ACN vigente**

☐ **di essere in possesso dell'ATTESTATO di formazione in Medicina Generale conseguito in**

☐ **ITALIA Rilasciato dalla Regione**

**il**

☐ **ESTERO Stato**

**il**

**Riconoscimento del Ministero della Salute Italiano con decreto nr**

**di data**

**(necessario allegare copia del decreto)**

☐ **di frequentare il CORSO di formazione in Medicina generale nella Regione**

☐

**con borsa di studio**

☐

**senza borsa di studio**

☐ **di frequentare il CORSO di Specializzazione in**

**presso l'Università di**

☐ **di essere in possesso dell'attestato d'idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale rilasciato dalla Regione**

**il**

*La presente disponibilità ha **validità 2 (due) anni** dalla data di ricevimento.*

*Dovrà essere compilata in ogni sua parte, firmata e inviata all'indirizzo PEC [apss@pec.apss.tn.it](mailto:apss@pec.apss.tn.it) allegando documento d'identità valido in formato PDF o JPEG (non zippare i file).*

*A scadenza, 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**

Informativa ai sensi del Regolamento Ue 2017/679, 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.