



SERVIZIO ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE CONVENZIONATO

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 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)



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 a tempo determinato nella Pediatria di libera scelta**

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 aver conseguito il diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia in

ITALIA 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 presso l'Università di
Stato voto in data

riconoscimento dal 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 essere iscritto/a in ITALIA all'Albo professionale:

della Provincia di dal

→ di possedere la specializzazione in [] conseguita in

ITALIA presso l'Università di []
data [] voto []

COMUNITÀ EUROPEA presso l'Università di []
Stato [] voto [] in data []
riconosciuto dal Ministero della Salute Italiano con Decreto nr. [] di data []

EXTRA EUROPEA presso l'Università di []
Stato [] voto [] in data []
riconosciuto dal Ministero della Salute Italiano con Decreto nr. [] di data []

oppure

→ di frequentare il corso di specializzazione in []
presso l'Università di []
dal [] e di essere iscritto/a al seguente anno di corso: []

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 2 (due) anni 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 _____

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, chiederne 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.