

SERVIZIO ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL  
PERSONALE CONVENZIONATO

Via Degasperi, 79

38123 TRENTO

PEC [asuit@pec.asuit.tn.it](mailto:asuit@pec.asuit.tn.it)

# Pediatria libera scelta

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 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, 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.*