

MODULO A



DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DELLE ZONE CARENTI DI  
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA  
- **TRASFERIMENTO ESTERNO ALLA PROVINCIA** -  
**art. 32, comma 5, lettera b) dell'ACN 25 luglio 2024**

Bollo  
€16,00

**IN ALTERNATIVA**  
pagamento  
PagoPa

Spett.le ASUIT  
c.a. Servizio Acquisizione e Gestione  
Personale Convenzionato  
pec: [asuit@pec.asuit.tn.it](mailto:asuit@pec.asuit.tn.it)

Indicare nell'oggetto dell'email di invio:  
"DOMANDA ZONE CARENTI PLS 03-2025"

Il/La sottoscritto/a   
nato/a a  Prov. , il   
Codice Fiscale   
residente a  Prov. ,  
in Via  n.  Cap   
tel.  cell.

**Indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata - OBBLIGATORIO)**

email

- laureato/a in medicina e chirurgia in data  con voto   
presso l'Università di
- abilitato/a all'esercizio della professione di medico chirurgo nella sessione   
presso l'Università di
- iscritto/a all'Ordine provinciale/regionale dei medici chirurghi di  
 dal
- specializzato/a in  con voto   
presso l'Università di  in data

**CHIEDE DI PARTECIPARE**

secondo quanto previsto dall'art. 32, comma 5, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale in vigore  
all'assegnazione delle zone carenti pubblicate sul B.U.R. n.  di data

A tal fine chiede di partecipare (barrare una delle due opzioni):

- ☐ per tutte le zone carenti pubblicate
- ☐ per le seguenti zone carenti (indicare le zone per cui si intende concorrere):

Sedi	Num. Zone carenti	indicare con una X l'incarico o gli incarichi di interesse
MALÈ (*)	1	<input type="checkbox"/>
TERRE D'ADIGE (*)	1	<input type="checkbox"/>
CAVARENO (*)	1	<input type="checkbox"/>
BASELGA DI PINÈ (*)	1	<input type="checkbox"/>
CASTELLO-MOLINA DI FIEMME (*)	1	<input type="checkbox"/>
PINZOLO (*)	1	<input type="checkbox"/>
RIVA DEL GARDA	1	<input type="checkbox"/>
VOLANO (*)	1	<input type="checkbox"/>

(\*) Per l'apertura dell'ambulatorio principale in un Comune di meno 6.000 abitanti o con densità di popolazione inferiore a 100 abitanti per chilometro quadrato, al pediatra sarà riconosciuta l'indennità accessoria di inserimento di cui all'art. 14 del vigente Accordo Integrativo Provinciale. Tale indennità ha il valore di € 2.000 mensili ed è riconosciuta fino al raggiungimento di n. 250 assistiti, ridotta ad euro 1.000 dal raggiungimento dei 251 assistiti sino a 500 assistiti, per un periodo massimo di tre anni dalla data di iscrizione nell'elenco riferito all'ambito di inserimento. Il recesso dal rapporto convenzionale prima del termine di due anni dalla data di iscrizione nell'elenco comporta l'obbligo di restituire l'indennità percepita.

A tal fine **DICHIARA** sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni non veritiere di:

- essere attualmente titolare di incarico a tempo indeterminato come Pediatra di libera scelta presso l'Asl di  Comune  Prov.  PEC dell'Ente di provenienza
- essere iscritto nell'elenco dei medici Pediatri di libera scelta di  dal
- di vantare un'anzianità complessiva d'incarico a tempo indeterminato (detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 21 comma 1<sup>1</sup>) nella Pediatria di libera scelta pari a mesi , articolata come segue:
  - a) dal  al  presso l'Azienda sanitaria  Prov.  PEC dell'Ente  distretto/ambito

<sup>1</sup> Art. 21 comma 1 dell' ACN 25/07/2024

Il pediatra di libera scelta è sospeso dagli incarichi nei seguenti casi:

- a) esecuzione dei provvedimenti di cui all'articolo 24;
- b) sospensione dall'Albo professionale;
- c) servizio prestato all'estero per tutta la durata dello stesso, ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125;
- d) provvedimenti restrittivi della libertà personale emessi dall'autorità giudiziaria;
- e) frequenza ad un corso di dottorato di ricerca previa autorizzazione dell'Azienda

Comune di inserimento  Prov.  :

b) dal  al   
presso l'Azienda sanitaria  Prov.   
PEC dell'Ente   
distretto/ambito   
Comune di inserimento  Prov.  :

c) dal  al   
presso l'Azienda sanitaria  Prov.   
PEC dell'Ente   
distretto/ambito   
Comune di inserimento  Prov.  :

Allega: copia di un documento d'identità ed eventuale ricevuta del pagamento del bollo tramite PagoPa.

data

\_\_\_\_\_  
Firma per esteso

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.