



**DOMANDA per incarichi di natura libero professionale per  
l'assistenza sanitaria ai villeggianti ai sensi dell'art. 46 A.C.N.  
dd. 04/04/2024 e dell'art. 17 A.C.P. dd. 21/06/2024  
INVERNO 2025-2026**

**Bollo €16,00**

-----  
**in alternativa  
vedi istruzioni  
allegate  
per pagamento PagoPa**

Spett.le Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento  
Servizio Acquisizione e Gestione  
del Personale Convenzionato  
Via Degasperi, 79  
38123 TRENTO  
**PEC: apss@pec.apss.tn.it**

**oggetto "domanda turistica inverno 2025-2026"**

Il/la sottoscritto/a   
nato/a  Prov.  il  /  /   
codice fiscale  residente  Prov.   
CAP  via  nr.  dal   
Tel.  EMAIL   
PEC obbligatoria

**CHIEDE**

di partecipare all'assegnazione del/dei seguente/i incarico/incarichi (numerare secondo l'ordine di preferenza):

| Ambito di attività | specifiche                                     | n.<br>incarichi | Dal        | Al         | Pref                 |
|--------------------|--|-----------------|------------|------------|----------------------|
| VAL RENDENA        | ambulatorio: Pinzolo e<br>Madonna di Campiglio | 1 medico        | 22/12/2025 | 10/04/2026 | <input type="text"/> |
| VAL DI Fiemme      | ambulatorio: Predazzo e<br>Cavalese            | 1 medico        | 22/12/2025 | 20/03/2026 | <input type="text"/> |
| PRIMIERO           | ambulatorio:<br>S. Martino di Castrozza.       | 1 medico        | 22/12/2025 | 27/03/2026 | <input type="text"/> |

|             |                               |          |            |            |                          |
|-------------|-------------------------------|----------|------------|------------|--------------------------|
| PAGANELLA   | ambulatorio: Andalo           | 1 medico | 15/12/2025 | 10/04/2026 | <input type="checkbox"/> |
| VAL DI SOLE | ambulatori: Folgarida         | 1 medico | 22/12/2025 | 03/04/2026 | <input type="checkbox"/> |
|             | ambulatorio: Marilleva 1400   | 1 medico | 22/12/2025 | 03/04/2026 | <input type="checkbox"/> |
|             | ambulatorio: Passo del Tonale | 1 medico | 15/12/2025 | 10/04/2026 | <input type="checkbox"/> |
|             | ambulatorio: Malé e Peio      | 1 medico | 22/12/2025 | 09/01/2026 | <input type="checkbox"/> |

e a tal fine **DICHIARA**, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 e s.m.i. nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del medesimo DPR 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni non veritiere, di:

- 1) ☐ di essere laureato in  presso l'università di  con voto  in data
- 2) ☐ di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di  a decorrere dal
- 3) ☐ di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:  
in  conseguita il   
presso l'università di  con voto   
indirizzo pec Università   
  
in  conseguita il   
presso l'università di  con voto   
indirizzo pec Università
- 4) ☐ di essere iscritto al corso di specializzazione in   
presso l'Università di

- 5) ☐ di essere iscritto ☐ di non essere iscritto

al corso di formazione specifica in medicina generale

ente pubblico che lo svolge

PEC dell'ente pubblico

- 6) ☐ di essere ☐ di non essere

in possesso dell'attestato di formazione di Medicina generale conseguito presso la regione

PEC del soggetto

Indirizzo

- 7) di aver svolto precedenti incarichi nell'assistenza sanitaria ai villeggianti :

presso Azienda Sanitaria

PEC dell'Azienda

Periodo (indicare giorno, mese e anno) : dal

al

presso Azienda Sanitaria

PEC dell'Azienda

Periodo (indicare giorno, mese e anno): dal

al

presso Azienda Sanitaria

PEC dell'Azienda

Periodo (indicare giorno, mese e anno): dal

al

- 8) di aver svolto precedenti incarichi nell'assistenza PRIMARIA:

presso Azienda Sanitaria

PEC dell'Azienda

Periodo (indicare giorno, mese e anno): dal

al

presso Azienda Sanitaria

PEC dell'Azienda

Periodo (indicare giorno, mese e anno): dal

al

presso Azienda Sanitaria

PEC dell'Azienda

Periodo (indicare giorno, mese e anno): dal  al

- 9) ☐ DI ESSERE medico TITOLARE di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale

presso Azienda sanitaria

Indirizzo

PEC dell'Azienda

Periodo: dal

- 10) ☐ DI ESSERE medico INCARICATO a tempo determinato di continuità assistenziale

presso Azienda sanitaria

Indirizzo

PEC dell'Azienda

Periodo: dal  al

- 11) ☐ di fruire ☐ di non fruire  
del trattamento di quiescenza.

Soggetto erogante il trattamento pensionistico

Periodo dal

#### ULTERIORI INFORMAZIONI O NOTE

Data

---

Il dichiarante  
(firma per esteso e leggibile)

#### ALLEGA:

- fotocopia di valido documento di identità
- Marca da bollo o ricevuta del pagamento tramite PagoPa.

### **Istruzioni per il pagamento dell'imposta di bollo con PagoPa**

Per il pagamento dell'imposta di bollo attraverso il sistema PagoPa è necessario collegarsi al sito <http://pagopa.apss.tn.it> e selezionare nella casella "Altre tipologie di pagamento" la voce "Rimborso bolli". Dopo aver compilato tutti i dati richiesti si potrà procedere al pagamento dell'importo secondo le modalità presenti all'interno del sistema stesso.

Informativa ai sensi del Regolamento Ue 2016/679. 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.