

<p>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</p>	<p>Bollo €16,00 ----- in alternativa vedi istruzioni allegate per pagamento PagoPa</p>
--	---

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					
codice fiscale			residente		
CAP		via		nr.	
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. incarichi	Dal	Al	Pref
VAL RENDENA	ambulatorio: Pinzolo e Madonna di Campiglio	1 medico	22/12/2025	10/04/2026	<input type="checkbox"/>
VAL DI FIEMME	ambulatorio: Predazzo e Cavalese	1 medico	22/12/2025	20/03/2026	<input type="checkbox"/>
PRIMIERO	ambulatorio: S. Martino di Castrozza.	1 medico	22/12/2025	27/03/2026	<input type="checkbox"/>

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 veritieri, 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 [REDACTED]
PEC dell'ente pubblico [REDACTED]
- 6) di essere di non essere
in possesso dell'attestato di formazione di Medicina generale conseguito presso la regione
[REDACTED]
PEC del soggetto [REDACTED]
Indirizzo [REDACTED]
- 7) di aver svolto precedenti incarichi nell'assistenza sanitaria ai villeggianti :
presso Azienda Sanitaria [REDACTED]
PEC dell'Azienda [REDACTED]
Periodo (indicare giorno, mese e anno) : dal [REDACTED] al [REDACTED]

presso Azienda Sanitaria [REDACTED]
PEC dell'Azienda [REDACTED]
Periodo (indicare giorno, mese e anno): dal [REDACTED] al [REDACTED]

presso Azienda Sanitaria [REDACTED]
PEC dell'Azienda [REDACTED]
Periodo (indicare giorno, mese e anno): dal [REDACTED] al [REDACTED]
- 8) di aver svolto precedenti incarichi nell'assistenza PRIMARIA:
presso Azienda Sanitaria [REDACTED]
PEC dell'Azienda [REDACTED]
Periodo (indicare giorno, mese e anno): dal [REDACTED] al [REDACTED]

presso Azienda Sanitaria [REDACTED]
PEC dell'Azienda [REDACTED]
Periodo (indicare giorno, mese e anno): dal [REDACTED] al [REDACTED]

presso Azienda Sanitaria [REDACTED]

PEC dell'Azienda [REDACTED]

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

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

presso Azienda sanitaria [REDACTED]

Indirizzo [REDACTED]

PEC dell'Azienda [REDACTED]

Periodo: dal [REDACTED]

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

presso Azienda sanitaria [REDACTED]

Indirizzo [REDACTED]

PEC dell'Azienda [REDACTED]

Periodo: dal [REDACTED] al [REDACTED]

11) di fruire di non fruire

del trattamento di quiescenza.

Soggetto erogante il trattamento pensionistico [REDACTED]

Periodo dal [REDACTED]

ULTERIORI INFORMAZIONI O NOTE

[REDACTED]

Data [REDACTED]

Il dichiarante

(firma per esteso e leggibile)

ALLEGÀ:

- 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 ricorrono 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.