



**MODULO DI ACCETTAZIONE INCARICHI VACANTI
MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA**

(Pubblicazione B.U.R. n. 49 dd. 03/12/2025)

Bollo €16,00

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

Spett.le Servizio Acquisizione e Gestione del
Personale Convenzionato
Via Degasperi, 79
38123 TRENTO

PEC: apss@pec.apss.tn.it

Il/la sottoscritto/a

nato/a Prov. (, il / / ,

Tel.

PEC

EMAIL

DICHIARA

La propria disponibilità all'accettazione, quale medico del ruolo unico di assistenza primaria, per gli incarichi vacanti per cui ha presentato domanda e precisamente indicando il seguente ordine di preferenza (**ATTENZIONE:** non è possibile indicare sedi non inserite nella domanda di assegnazione. Non verranno prese in considerazione incarichi vacanti che non siano stati indicati nella domanda di assegnazione).

Ambito di svolgimento dell'attività oraria secondo programmazione aziendale	Località di apertura dell'ambulatorio principale (considerare SOLO quelle per cui è stata presentata domanda)	INDICARE ordine di preferenza
TRENTO E VALLE DEI LAGHI	Trento - Circoscrizione n. 1 Gardolo	
	Trento - Circoscrizione n. 8 Mattarello	
	Trento - Circoscrizione n. 10 Oltrefersina	
	Trento - Circoscrizione n. 11 San Giuseppe/Santa Chiara	
	Garniga Terme	
	Comune di Aldeno	
	All'interno dell'Ambito non vincolate	
ROTALIANA PAGANELLA CEMBRA	MEZZOLOMBARDO presso la casa di Comunità	
	Terre D'Adige	
	Lona-Lases	
VAL DI NON	Sanzeno	
ALTA VALSUGANA	Altopiano della Vigolana	
	S.Orsola Terme	
	Baselga di Pinè	
	Calceranica al Lago	
	Pergine Valsugana	
PRIMIERO	Primiero S. Martino di Castrozza presso Casa di Comunità	
VAL DI FASSA	Soraga	
	San Giovanni di Fassa	
VAL DI FIEMME	Predazzo	
BASSA VALSUGANA	Borgo Valsugana presso la Casa di Comunità	
	Castelnuovo	
	Torcegno	
	Pieve Tesino	
	Roncegno	
VALLAGARINA	ALA presso la Casa di Comunità	
	Rovereto	
	Mori	
	Isera	
ALTO GARDA E LEDRO	Riva del Garda	
	Nago-Torbole	
	Arco	
GIUDICARIE E RENDENA	Spiazzo	

All'uopo, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente mendace, rilascia la seguente AUTOCERTIFICAZIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO (ai sensi dell'art.46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445) e pertanto

DICHIARA

- 1) di essere residente a [REDACTED], Prov. ([REDACTED]),
CAP [REDACTED], in via [REDACTED] nr. [REDACTED]
dal [REDACTED];
- 2) di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di [REDACTED], a decorrere dal [REDACTED] al n. [REDACTED]

E in relazione alle incompatibilità, ai sensi dell'ACN in vigore

- 3) di essere di non essere
titolare di ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale:

Soggetto [REDACTED]

PEC del soggetto [REDACTED]

Indirizzo [REDACTED]

Tipo di rapporto di lavoro: [REDACTED]

Periodo: dal [REDACTED] al [REDACTED]

- 4) di esercitare di non esercitare
altre attività o di essere titolare o compartecipe delle quote di imprese che possano configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale

Soggetto [REDACTED]

Indirizzo [REDACTED]

Tipo di rapporto: [REDACTED]

Periodo: dal [REDACTED] al [REDACTED]

- 5) di svolgere di non svolgere

attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il S.S.N

Regione Azienda

PEC dell'Azienda

Tipo di rapporto:

Periodo: dal al

- 6) di svolgere di non svolgere

attività di specialista ambulatoriale interno, veterinario ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) o di pediatra di libera scelta

Regione Azienda

PEC dell'Azienda

Tipo di rapporto:

Periodo: dal al

- 7) di svolgere di non svolgere

funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale in cui esercita attività a ciclo di scelta o attività oraria

Soggetto

PEC del soggetto

Ambito

Tipo di rapporto di lavoro:

Periodo: dal al

- 8) di fruire di non fruire

del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

- 9) di essere di non essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore ovvero operi, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N..

Soggetto

Indirizzo

Tipo di rapporto:

Periodo: dal

al

- 10) di intrattenere di non intrattenere con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8-quinquies (accordi contrattuali) del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

- 11) di essere iscritto di non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o a corsi di specializzazione

Denominazione del corso

Soggetto pubblico che lo svolge

Periodo: dal

al

- 12) di fruire di non fruire del trattamento di quiescenza.

Soggetto erogante il trattamento pensionistico

Periodo dal

L'incompatibilità non si rileva se si appartiene ad una di queste categorie:

- medico che beneficia delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo prev. ENPAM

- 13) di svolgere di non svolgere funzioni di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e ss.mm.ii.

Soggetto

Indirizzo

Tipo di rapporto di lavoro:

Ore settimanali

Periodo: dal

al

14) di essere di non essere

titolare di incarico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato:

Regione Azienda

PEC dell'Azienda

Ore settimanali

Periodo: dal al

15) di svolgere di non svolgere

altra attività sanitaria, anche in libera professione, presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti):

a. Soggetto

Indirizzo

Tipo di rapporto di lavoro:

Tipo di attività:

Ore settimanali Periodo: dal al

b. Soggetto

Indirizzo

Tipo di rapporto di lavoro:

Tipo di attività:

Ore settimanali Periodo: dal al

NOTE (nello spazio sottostante può essere indicata qualsiasi notizia ritenuta utile al fine del corretto adempimento della dichiarazione):

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare all'Azienda presso cui opera ogni eventuale variazione che intervenga rispetto a quanto nella presente dichiarato.

Luogo e data

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 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.