



MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLA PROCEDURA DI MOBILITÀ INTRAZIENDALE

ACN SPECIALISTICA AMBULATORIALE DI DATA 04/04/2024 ART. 20 CO. 1

<u>PROTOCOLLO</u>	Spettabile Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Servizio Acquisizione e Gestione del Personale Convenzionato Via A. Degasperì, n. 79 - 38123 TRENTO PEC: apss@pec.apss.tn.it
-------------------	--

Il/la sottoscritto/a

Cognome Nome Sesso M F

Nato/a a Prov. il Cod. fiscale

Comune di Residenza Prov.

CAP Indirizzo

Cellulare

Email

PEC obbligatoria

(Posta elettronica certificata, indispensabile per le comunicazioni tra P.A. e il professionista L. 2/2009)

Il sottoscritto è consapevole che la mancanza dell'indirizzo di Posta Elettronica Certificata, comporta l'impossibilità di essere interpellato e conseguentemente di essere eventualmente assegnatario d'incarico

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

di essere cittadino italiano;

di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE: (Specificare)

di NON ESSERE ESSERE nelle condizioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 27 dell'A.C.N. 04/04/2024 ed altre disposizioni normative.

di ESSERE

Specificare l'eventuale incompatibilità

Iscritto all'Albo professionale:

<input type="radio"/>	Medici Chirurghi		al nr.		dal	
<input type="radio"/>	Odontoiatri		al nr.		dal	
<input type="radio"/>	Biologi		al nr.		dal	
<input type="radio"/>	Chimici		al nr.		dal	
<input type="radio"/>	Psicologia		al nr.		dal	
<input type="radio"/>	Psicoterapeuti		al nr.		dal	
<input type="radio"/>	Veterinari		al nr.		dal	

MANIFESTA L'INTERESSE AL TRASFERIMENTO PRESSO:

<u>PRIORITA'</u>	<u>AMBITO</u>	<u>SEDE/DISTRETTO</u>			
Numero					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					

E CONTESTUALMENTE CHIEDE DI LASCIARE LE ORE D'INCARICO

A tal fine DICHIARA

di essere:

titolare di incarico a tempo indeterminato che svolge in via esclusiva,

presso:

in via n. cap

comune di prov.

di vantare un'anzianità complessiva d'incarico di n. 18 mesi nelle sedi di provenienza articolate come segue:

<u>PRIORITA'</u>	<u>AMBITO</u>	<u>SEDE/DISTRETTO</u>	<u>ANZIANITA' INCARICO</u>	<u>ORE SETTLI</u>
<input type="text"/>				<input type="text"/>
<input type="text"/>				<input type="text"/>
<input type="text"/>				<input type="text"/>



allega: copia di un documento d'identità (se spedita).

Data

Firma per esteso

(**) Io sottoscritto nella mia qualità di funzionario incaricato, attesto che la sottoscrizione del presente atto è stata apposta in mia presenza dal Sig. della cui identità mi sono personalmente accertato mediante:

Patente; Carta d'Identità; Passaporto Documento n.

rilasciato da:

Trento, li IL FUNZIONARIO INCARICATO

(**): **la presente autentica non è necessaria, qualora venga allegata copia fotostatica di valido documento di identità.**

Ai sensi del Regolamento Ue 2016/679, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento – Ufficio Personale Convenzionato – Via Degasperi, n.79 - Trento, per le finalità di gestione del presente avviso e saranno trattati anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione. La presentazione della domanda da parte del candidato implica il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili, a cura del personale assegnato all'ufficio preposto alla conservazione delle domande ed all'utilizzo delle stesse per lo svolgimento delle procedure di assegnazione.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE –
AUTOCERTIFICAZIONE – POSSESSO DELLE PARTICOLARI CAPACITA’
PROFESSIONALI**

(art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico)

Il/la sottoscritto/a

Cognome e Nome

nato a Prov. , il

Codice Fiscale

residente a Prov.

in Via n. Cap

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, 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 essere in possesso delle particolari capacità professionali richieste:

CERTIFICAZIONE ACQUISITA PRESSO ENTE:

In data

O IN ALTERNATIVA

curriculum vitae e comunque ogni qualsivoglia documentazione **non rilasciata da una Pubblica Amministrazione o gestori di pubblici servizi**, in tal caso è possibile allegare la documentazione sia in originale che in copia resa legale o autenticata ai sensi di legge, ovvero anche in fotocopia, munita di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, sottoscritta dal candidato, attestante che la copia allegata è conforme all’originale, ai sensi dell’art.79 del DPR 445/200 e s.m.i.: descrizione documentazione:

[Empty rectangular boxes for data entry]

allega: copia di un documento d'identità (se spedita).

Data [Empty box]

[Empty box]

Firma per esteso

(**) Io sottoscritto [Empty box] nella mia qualità di funzionario incaricato, attesto che la sottoscrizione del presente atto è stata apposta in mia presenza dal Sig. [Empty box], della cui identità mi sono personalmente accertato mediante:
 Patente; Carta d'Identità; Passaporto Documento n. [Empty box]
rilasciato da: [Empty box]
Trento, li [Empty box] IL FUNZIONARIO INCARICATO [Empty box]

(): la presente autentica non è necessaria, qualora venga allegata copia fotostatica di valido documento di identità.**

Ai sensi del Regolamento Ue 2016/679, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento – Ufficio Personale Convenzionato – Via Degasperì, n.79 - Trento, per le finalità di gestione del presente avviso e saranno trattati anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione. La presentazione della domanda da parte del candidato implica il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili, a cura del personale assegnato all'ufficio preposto alla conservazione delle domande ed all'utilizzo delle stesse per lo svolgimento delle procedure di assegnazione.