

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE INCARICHI CARENTI A TEMPO INDETERMINATO

per la Specialistica ambulatoriale ed altre professionalità art. 21
ACN Intesa del 05/02/2026

PROTOCOLLO

Spettabile
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino
Servizio Acquisizione e Gestione Personale
Convenzionato
Via Degasperi, n. 79 - 38123 TRENTO

PEC: asuit@pec.asuit.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

CHIEDE

di partecipare all'assegnazione dei turni vacanti, di cui alla pubblicazione del

trim.

nella branca di

(B)	(C)	(F)
INCARICO		Sede di espletamento dell'incarico
Numero	Ore sett. per incarico	

**A tal fine 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**

nelle condizioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 27 dell'A.C.N. ed altre disposizioni normative.

di ☐ **ESSERE**

Specificare l'eventuale incompatibilità

Iscritto all'Albo professionale:

☐ Medici Chirurghi		al nr.	dal
☐ Odontoiatri		al nr.	dal
☐ Biologi		al nr.	dal
☐ Chimici		al nr.	dal
☐ Psicologia		al nr.	dal
☐ Psicoterapeuti		al nr.	dal
☐ Veterinari		al nr.	dal

PER I SANITARI/PROFESSIONISTI già incaricati ai sensi dell'art. 21 co.6, lettere dalla a) alla g)

di essere:

- ☐ titolare di incarico a tempo indeterminato che svolge, in via esclusiva, nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico, attività ambulatoriale nella specialità o area professionale regolamentata dal presente Accordo; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale nella specialità o area professionale regolamentata dal presente Accordo; medico generico ambulatoriale, di cui alla norma finale n. 5 del presente Accordo, in servizio alla data di entrata in vigore del presente Accordo, che faccia richiesta all'Azienda di ottenere un incarico medico specialistico nella branca di cui è in possesso del titolo di specializzazione, per un numero di ore non superiore a quello dell'incarico di cui è titolare; è consentito a tale medico di mantenere l'eventuale differenza di orario tra i due incarichi fino a quando l'incarico da specialista ambulatoriale non copra per intero l'orario di attività che il medico stesso svolgeva come generico di ambulatorio.

presso:

in via n. cap

comune di prov.

di vantare un'anzianità complessiva d'incarico articolata come segue:

- Dal al

☐ titolare di incarico a tempo indeterminato, che svolga esclusivamente attività regolamentata dal presente Accordo in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN della Regione o di altra Regione confinante.

presso:

in via n. cap

comune di prov.

di vantare un'anzianità complessiva d'incarico articolata come segue:

- Dal al

☐ titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante o titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN di Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità;

presso:

in via n. cap

comune di prov.

di vantare un'anzianità complessiva d'incarico articolata come segue:

- Dal al

☐ specialista titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo, il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico.

presso:

in via n. cap

comune di prov. ,

di vantare un'anzianità complessiva d'incarico articolata come segue:

- Dal al

☐ specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione;

presso:

in via n. cap

comune di prov. ,

di vantare un'anzianità complessiva d'incarico articolata come segue:

- Dal al

☐ titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 26, comma 1;

presso:

in via n. cap

comune di prov. ,

di vantare un'anzianità complessiva d'incarico articolata come segue:

- Dal al

☐ titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa.

presso:

in via n. cap

comune di prov. ,

di vantare un'anzianità complessiva d'incarico articolata come segue:

- Dal al

di essere:

- ☐ specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 19 del presente Accordo in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda, con esclusione dei già titolari di incarico a tempo indeterminato, alla posizione n.

con punti ;

- ☐ specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui art. 19, nello specifico:

a) diploma di Laurea ☐ (DL) ☐ (LS)

in
(Medicina e chirurgia, Odontoiatria, Biologia, Chimica, Psicologia, Medicina veterinaria)

in ITALIA

presso l'Università di Data Voto

COMUNITA' EUROPEA presso l'Università di

Stato voto in data

Riconoscimento dal Ministero della Salute Italiano con Decreto nr. di data

EXTRA EUROPEA stato in data

☐ Riconoscimento in Italia presso l'Università

voto in data

☐ del Ministero della Salute Italiano con Decreto nr. di data

b) abilitazione all'esercizio della professione di

(medico chirurgo o odontoiatra, o biologo, chimico, psicologo, medicina veterinaria) nella sessione /

presso l'Università di ;

c) possesso delle seguenti specializzazioni:

in

☐ ITALIA presso l'Università di
data voto

☐ COMUNITA' EUROPEA presso l'Università di
Stato voto in data
☐ riconosciuto dal Ministero della Salute Italiano con Decreto nr. di data

☐ EXTRA EUROPEA stato
☐ Riconoscimento in Italia presso l'Università
voto in data
☐ del Ministero della Salute Italiano con Decreto nr. di data
in
☐ ITALIA presso l'Università di
data voto
☐ COMUNITA' EUROPEA presso l'Università di
Stato voto in data
☐ riconosciuto dal Ministero della Salute Italiano con Decreto nr. di data
☐ EXTRA EUROPEA stato
☐ Riconoscimento in Italia presso l'Università
voto in data
☐ del Ministero della Salute Italiano con Decreto nr. di data

☐ titolare medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano e matureranno anzianità giuridica a far data dall'incarico.

presso:
in via n. cap
comune di prov.

☐ allega: copia di un documento d'identità .

Data

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.

**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:

allega: copia di un documento d'identità .

Data

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 TITOLI E ESPERIENZE
LAVORATIVE**

(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

Al fine della valutazione del possesso dei titoli e esperienze lavorative richieste per il conferimento dell'incarico, 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 dei seguenti titoli ed esperienze professionali acquisite :

allega: copia di valido documento d'identità.

Data

--

--

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.