Dichiarazione di Disponibilità per incarichi provvisori e di sostituzione nella

Pediatria libera scelta

SERVIZIO ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE CONVENZIONATO
Via Degasperi, 79
38123 TRENTO
PEC asuit@pec.asuit.tn.it

Il/la sottoscritto/a dottor/dott.ssa

Cognome _____ **Nome** _____ **Sesso M** ○ **F** ○

Nato/a a _____ **Prov.** ____ **il** _____
Indicare città o eventuale stato estero di nascita

Cod. fiscale _____ **Comune di Residenza** _____

Prov. ____ **CAP** _____ **Via** _____

Cellulare _____ **Fisso** _____ **Mail** _____

PEC _____ **(obbligatorio ex L. 2/2009)**

Il sottoscritto è consapevole che la mancanza dell'indirizzo di Posta Elettronica Certificata, comporta l'impossibilità di essere interpellato per eventuali incarichi.

Partita IVA* _____ **Codice ENPAM*** _____

***Il sottoscritto, inoltre è consapevole che, a seguito d'interpello ed accettazione dell'eventuale incarico, la mancanza dei dati relativi alla Partita IVA e Codice ENPAM, comporterà l'impossibilità di essere incaricato, e pertanto, ancorché non essendone attualmente in possesso, si impegna sin da ora a fornirli entro la data di inizio dell'eventuale incarico.**

Si dichiara disponibile
per incarichi a tempo determinato nella Pediatria di libera scelta

Dichiara, inoltre, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché della sanzione della decadenza dei benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente mendace:

➔ **di aver conseguito il diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia in**

○ **ITALIA presso l'Università di** _____ Data _____ Voto _____

○ **COMUNITÀ EUROPEA presso l'Università di** _____

Stato _____ voto _____ in data _____

riconoscimento dal Ministero della Salute Italiano con Decreto nr. _____ di data _____

○ **EXTRA EUROPEA presso l'Università di** _____

Stato _____ voto _____ in data _____

riconoscimento dal Ministero della Salute Italiano con Decreto nr. _____ **di data** _____

➔ **di aver conseguito l'Abilitazione all'esercizio della professione in data** _____

presso l'Università di _____

➔ **di essere iscritto/a in ITALIA all'Albo professionale:**

della Provincia di _____ dal _____

➔ **di possedere la specializzazione in** _____ **conseguita in**

○ **ITALIA presso l'Università di** _____

data _____ voto _____

○ **COMUNITÀ EUROPEA presso l'Università di** _____

Stato _____ voto _____ in data _____

riconosciuto dal Ministero della Salute Italiano con Decreto nr. _____ di data _____

○ **EXTRA EUROPEA presso l'Università di** _____

Stato _____ voto _____ in data _____

riconosciuto dal Ministero della Salute Italiano con Decreto nr. _____ **di data** _____

oppure

➔ **di frequentare il corso di specializzazione in** _____

presso l'Università di _____

dal _____ **e di essere iscritto/a al seguente anno di corso:** _____

Si rende noto che la presente nota di disponibilità verrà considerata valida solo se:

- ***presentata già firmata dal professionista <u>unitamente a copia fotostatica</u> di un documento di identità;***
- ***debitamente compilata, in ogni sua parte, on-line o in stampatello leggibile.***

La presente disponibilità ha <u>validità 2 (due) anni</u> dalla data di ricevimento.
A scadenza dell'anno se non rinnovata, il nominativo verrà cancellato dall'elenco di disponibilità.
Si impegna inoltre a comunicare qualsivoglia modifica del proprio status, relativamente a quanto sopra dichiarato.

Data _____ *Firma* _____

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.