Asuit
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino

MODULO DI DISPONIBILITÀ AD ASSUMERE INCARICHI A TEMPO DETERMINATO AD ATTIVITÀ ORARIA
Ai sensi dell'art. 37 dell'ACN dd. 15/01/2026 e s.m.i.
CON DECORRENZA GENNAIO, FEBBRAIO E MARZO 2027

Spett.le **ASUIT**
Servizio Acquisizione e Gestione
Personale Convenzionato
Via Degasperi 79
Piano interrato
38123 TRENTO
PEC: asuit@pec.asuit.tn.it

Il/la sottoscritto/a

nato/a Prov. il

c.f. residente a

Prov. CAP Via nr.

Tel.

PEC

E-mail

PRESA VISIONE DEI CONTENUTI DELL'AVVISO, SI DICHIARA DISPONIBILE ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICO A TEMPO DETERMINATO AD ATTIVITÀ ORARIA PRESSO LE SEGUENTI SEDI:

SEDE DI ATTIVITÀ	indicare l'ordine di preferenza per OGNI MESE (se viene indicato solo un mese significa che non vi è interesse per le altre decorrenze)		
	Decorrenza GENNAIO	Decorrenza FEBBRAIO	Decorrenza MARZO
PELLIZZANO	☐	☐	☐
FONDO	☐	☐	☐
MEZZOLOMBARDO	☐	☐	☐
TRENTO	☐	☐	☐
TRENTO/ALDENO	☐	☐	☐
CALAVINO	☐	☐	☐
SAN GIOVANNI DI FASSA - SEN JAN FASSA	☐	☐	☐
PREDAZZO	☐	☐	☐
BORGO VALSUGANA	☐	☐	☐
PERGINE VALSUGANA	☐	☐	☐
TONADICO	☐	☐	☐
CEMBRA	☐	☐	☐
MORI	☐	☐	☐
ALA	☐	☐	☐
ROVERETO	☐	☐	☐
FOLGARIA	☐	☐	☐

RIVA DEL GARDA	☐	☐	☐
COMANO TERME	☐	☐	☐
BORGO CHIESE	☐	☐	☐
PINZOLO	☐	☐	☐

Il sottoscritto specifica che si rende disponibile per incarichi

(contrassegnare la/le casella/le di interesse – si possono scegliere anche tutte e 2 le caselle. Se viene scelta una sola casella vuol dire che non vi è interesse per l'altra)

12 ore sett.li	24 ore sett.li
☐	☐

Allo scopo, 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. 445/2000), e pertanto

DICHIARA

1. di essersi laureato/a in medicina e chirurgia il _____ con voto _____ su _____ lode ☐ presso l'università di _____

   oppure

   di essersi laureato/a in medicina e chirurgia nella Comunità Europea/Extra Europea presso l'università di _____ Stato _____ in data _____ con voto estero _____ corrispondente alla votazione italiana di _____ /110 come risultante dalla dichiarazione di valore/attestato di comparabilità allegato;

   In assenza di formale conversione del voto non verrà attribuito alcun punteggio – voto pari a 0.

   Riconoscimento dal Ministero della Salute con Decreto nr._____

   di data _____ (necessario allegare copia del Decreto)

2. di essersi abilitato/a a [ ] il [ ]

3. di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici di [ ]
   dal [ ]

4. di essere residente a [ ] prov. [ ]
   dal [ ]

5. di essere inserito/a in graduatoria provinciale anno [ ] con punteggio [ ]

6. ○ di essere ○ di non essere
   inserito/a in graduatoria aziendale annuale per incarichi a tempo determinato ai sensi dell'art.19 co. 6 dell'ACN

7. ○ di essere ○ di non essere
   in possesso dell'attestato di medicina generale dal [ ] conseguito presso
   [ ]

8. ○ di essere ○ di non essere
   iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale dal [ ] al [ ] presso [ ]
   ○ usufruendo di borsa di studio fino al [ ] ○ NON usufruendo di borsa di studio;

9. ○ di essere ○ di non essere
   iscritto/a al corso di specializzazione in [ ]
   dal [ ] presso [ ]

10. ○ di essere ○ di non essere
    titolare di incarico (anche tempo determinato) a ciclo di scelta, dal [ ] al [ ] con numero assistiti in carico pari a [ ] presso l'azienda sanitaria
    [ ]

11. ○ di essere ○ di non essere

titolare di incarico (anche a tempo determinato) di Pediatria di Libera Scelta, dal [ ] al [ ] con numero assistiti in carico pari a [ ] presso l'azienda sanitaria [ ]

12. ○ di essere ○ di non essere

titolare di incarico ad attività oraria (anche a tempo determinato), dal [ ] al [ ] presso l'azienda sanitaria [ ]

13. ○ di **aver** subito provvedimenti di revoca o decadenza dall'incarico convenzionale di medico di medicina generale (art. 24 e 25 dell'ACN vigente) **emesso dal seguente ENTE** [ ]

○ di **non aver** subito provvedimenti di revoca o decadenza dall'incarico convenzionale di medico di medicina generale (art. 24 e 25 dell'ACN vigente)

14. ○ di avere cittadinanza italiana

○ di non avere cittadinanza italiana – indicare la cittadinanza [ ]

15. di impegnarsi a comunicare qualsiasi tipologia di incompatibilità all'incarico prevista dalle vigenti leggi e dal vigente Accordo Collettivo nazionale di categoria.

16. di essere informato/a che:

- le comunicazioni aziendali in ordine al procedimento di assegnazione degli incarichi avverranno esclusivamente tramite posta elettronica certificata (ex Legge 2/2009), per cui nella disponibilità ad assumere l'incarico va indicato il recapito PEC che il medico intende utilizzare;
- per l'invio della disponibilità è indispensabile utilizzare lo stesso mezzo di comunicazione, trasmettendo il modulo alla PEC aziendale all'indirizzo: asuit@pec.asuit.tn.it
- in merito alla corrispondenza in arrivo via PEC, si comunica che l'ASUIT accetta soltanto documenti in formato PDF-PDF/A, TIFF o JPEG e comunque non zippati.
- 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.

ALLEGA: fotocopia di valido documento di identità

[ ] [ ]

data e luogo firma leggibile