Asuit
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino

MODULO DI ACCETTAZIONE INCARICHI VACANTI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA (Pubblicazione B.U.R. n. 35 dd. 02/09/2026)	**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: asuit@pec.asuit.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 e Luogo di svolgimento dell'attività oraria secondo programmazione aziendale	Località di apertura dell'ambulatorio principale	Indicare l'ordine di scelta
TRENTO E VALLE DEI LAGHI	Trento - Circoscrizione n. 1 Gardolo	
	Trento - Circoscrizione n. 2 Meano	
	Trento - Circoscrizione n. 3 Bondone	
	Trento - Circoscrizione n. 5 Ravina/Romagnano	
	Trento - Circoscrizione n. 6 Argentario	
	Trento - Circoscrizione n. 7 Povo	
	Trento - Circoscrizione n. 8 Mattarello	
	Trento - Circoscrizione n. 9 Villazzano	
	Trento - Circoscrizione n. 11 San Giuseppe/Santa Chiara	
	Trento - Circoscrizione n. 12 Centro Storico/Piedicastello	
	ALDENO	
	GARNIGA TERME	
	MADRUZZO	
	VALLELAGHI	
ROTALIANA PAGANELLA CEMBRA	LONA LASES	
	MEZZOLOMBARDO	
VAL DI NON	CONTA'	
ALTA VALSUGANA	ALTOPIANO DELLA VIGOLANA	
	BASELGA DI PINÈ	
	CALCERANICA AL LAGO	
	CIVEZZANO	
	LEVICO TERME	
	PERGINE VALSUGANA	
BASSA VALSUGANA	BORGO VALSUGANA	
	BORGO VALSUGANA c/o la Casa di Comunità	
	CASTELNUOVO	
	PIEVE TESINO	
	RONCEGNO TERME	
	TORCEGNO	
PRIMIERO	MEZZANO	
	PRIMIERO SAN MARTINO DI CASTROZZA c/o la Casa di Comunità	

VAL DI FASSA	SAN GIOVANNI DI FASSA	
	SORAGA	
VALLAGARINA	AVIO	
	ISERA	
	MORI	
	ROVERETO	
	TERRAGNOLO	
	TRAMBILENO	
	VALLARSA	
	VOLANO	
ALTO GARDA E LEDRO	ARCO	
	DRO – loc. PIETRMURATA	
	LEDRO	
	NAGO TORBOLE	
	RIVA DEL GARDA	
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 _____, Prov. (_____), CAP _____, in via _____ nr. _____ dal _____;

2) di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di _____, a decorrere dal _____ al n. _____

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

PEC del soggetto

Indirizzo

Tipo di rapporto di lavoro:

Periodo: dal al

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

Indirizzo

Tipo di rapporto:

Periodo: dal al

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

16) ○ 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)

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)

ALLEGA:

- 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.