DOMANDA per incarichi di natura libero professionale per l'assistenza sanitaria ai turisti ai sensi dell'art. 46 A.C.N. dd. 15/01/2026 e s.m.i. e dell'art. 17 A.C.P. dd. 21/06/2024 STAGIONE INVERNALE 2026-2027	**Bollo €16,00 ---------- in alternativa vedi istruzioni allegate per pagamento PagoPa**

Spett.le Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino
Servizio Acquisizione e Gestione
Personale Convenzionato
Via Degasperi, 79
38123 TRENTO
PEC: asuit@pec.asuit.tn.it

oggetto "domanda turistica STAGIONE INVERNALE 2026-2027"

Il/la sottoscritto/a

nato/a Prov. il / /,

codice fiscale residente Prov.

CAP via nr. dal

Tel. EMAIL

PEC **obbligatoria**

CHIEDE

di partecipare all'assegnazione del/dei seguente/i incarico/incarichi (numerare secondo l'ordine di preferenza):

Ambito di attività	specifiche	n. incarichi	Dal	Al	Pref
VAL DI FIEMME	ambulatorio: Predazzo e Cavalese	1 medico	21/12/2026	02/04/2027	

PRIMIERO	ambulatorio: S. Martino di Castrozza	1 medico	21/12/2026	26/03/2027	☐
PAGANELLA	ambulatorio: Andalo	1 medico	14/12/2026	09/04/2027	☐
VAL DI SOLE	ambulatorio: Folgarida	1 medico	21/12/2026	26/03/2027	☐
	ambulatorio: Marilleva 1400	1 medico	21/12/2026	26/03/2027	☐
	ambulatorio: Passo del Tonale	1 medico	14/12/2026	09/04/2027	☐
	ambulatorio: Malé e Peio	1 medico	25/12/2026	08/01/2027	☐

e a tal fine **DICHIARA**, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche e 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:

1) ☐ di essere laureato in _____ presso l'università di _____ con voto _____ in data _____

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

3) ☐ di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

in _____ conseguita il _____

presso l'università di _____ con voto _____

indirizzo pec Università _____

in _____ conseguita il _____

presso l'università di _____ con voto _____

indirizzo pec Università _____

4) ☐ di essere iscritto al corso di specializzazione in

presso l'Università di

5) ○ di essere iscritto ○ di non essere iscritto

al corso di formazione specifica in medicina generale

ente pubblico che lo svolge

PEC dell'ente pubblico

6) ○ di essere ○ di non essere

in possesso dell'attestato di formazione di Medicina generale conseguito presso la regione

PEC del soggetto

Indirizzo

7) di aver svolto precedenti incarichi nell'assistenza sanitaria ai villeggianti :

presso Azienda Sanitaria

PEC dell'Azienda

Periodo (indicare giorno, mese e anno) :

dal al

presso Azienda Sanitaria

PEC dell'Azienda

Periodo (indicare giorno, mese e anno):

dal al

presso Azienda Sanitaria

PEC dell'Azienda

Periodo (indicare giorno, mese e anno):

dal al

8) di aver svolto precedenti incarichi nell'assistenza PRIMARIA:

presso Azienda Sanitaria

PEC dell'Azienda

Periodo (indicare giorno, mese e anno):

dal al

presso Azienda Sanitaria

PEC dell'Azienda

Periodo (indicare giorno, mese e anno):

dal al

presso Azienda Sanitaria

PEC dell'Azienda

Periodo (indicare giorno, mese e anno):

dal al

9) ☐ DI ESSERE medico TITOLARE di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale

presso Azienda Sanitaria

Indirizzo

PEC dell'Azienda

Periodo: dal

10) ☐ DI ESSERE medico INCARICATO a tempo determinato di continuità assistenziale

presso Azienda Sanitaria

Indirizzo

PEC dell'Azienda

Periodo: dal al

11) ○ di fruire ○ di non fruire

del trattamento di quiescenza.

Soggetto erogante il trattamento pensionistico

Periodo dal

ULTERIORI INFORMAZIONI O NOTE

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 https://mypay.provincia.tn.it/apps/cittadino/ente/APSS 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.