Asuit
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino

MEDICINA GENERALE

Dichiarazione di disponibilità per incarichi a termine (validità 2 anni)

Al
Servizio Acquisizione e Gestione del Personale Convenzionato

Sede
Via Degasperi, 79
38123 TRENTO
PEC *asuit@pec.asuit.tn.it*

Il/la sottoscritto/a dott/dott.ssa

Cognome _____ Nome _____ Sesso M ☐ F ☐

Nato/a _____ Prov. _____ Il _____

Cod. fiscale _____ Comune di Residenza _____

Prov. _____ CAP _____ Via _____

Cellulare _____ fisso _____

email _____ **necessaria per invio informazioni**

PEC _____
obbligatoria ex L. 2/2009 e necessaria per eventuale assegnazione di incarichi

Il sottoscritto è consapevole che la mancanza dell'indirizzo email e di Posta Elettronica Certificata comporta l'impossibilità di essere informato o 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.**

MANIFESTA LA PROPRIA DISPONIBILITÀ

☐ **per incarichi a tempo determinato di assistenza primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale)**
☐ **per incarichi a tempo determinato di assistenza primaria a ciclo di scelta (ex Assistenza Primaria)**
☐ **per incarichi a tempo determinato nell'Emergenza sanitaria territoriale (è necessario avere l'attestato indicato all'ultimo punto)**
☐ **per incarichi a tempo determinato di assistenza negli istituti penitenziari**
☐ **per incarichi in libera professione per l'assistenza sanitaria ai villeggianti (medicina turistica) ex art. 17 ACP 21 giugno 2024**

e DICHIARA

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 la laurea in Medicina in:

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

data _____ **voto** _____

○ **COMUNITÀ EUROPEA/ EXTRA EUROPEA presso l'Università di**

_____

Stato _____ **voto** _____ **in data** _____

Riconoscimento dal Ministero della Salute con Decreto nr. _____

di data _____ **(necessario allegare copia del decreto)**

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

presso l'Università di _____

di essere iscritto/a all'Albo professionale dei Medici Chirurghi in ITALIA

Provincia di _____ **dal** _____

☐ **di essere inserito in graduatoria provinciale anno** _____ **con punteggio** _____

☐ **di essere inserito in graduatoria annuale per incarichi a tempo determinato ai sensi dell'art. 19 comma 6 dell'ACN vigente**

☐ **di essere in possesso dell'ATTESTATO di formazione in Medicina Generale conseguito in**

- ○ **ITALIA Rilasciato dalla Regione** _____ **il** _____
- ○ **ESTERO Stato** _____ **il** _____

  Riconoscimento del Ministero della Salute Italiano con decreto nr _____

  di data _____ **(necessario allegare copia del decreto)**

☐ **di frequentare il CORSO di formazione in Medicina generale nella Regione** _____ ○ **con borsa di studio** ○ **senza borsa di studio**

☐ **di frequentare il CORSO di Specializzazione in** _____

presso l'Università di _____

☐ **di essere in possesso dell'attestato d'idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale rilasciato dalla Regione** _____ **il** _____

*La presente disponibilità ha **validità 2 (due) anni** dalla data di ricevimento.*
Dovrà essere compilata in ogni sua parte, firmata e inviata all'indirizzo PEC asuit@pec.asuit.tn.it allegando documento d'identità valido in formato PDF o JPEG (non zippare i file).
A scadenza, 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.*