



DOMANDA DI ASSEGNAZIONE INCARICHI CARENTI A TEMPO INDETERMINATO

per la Specialistica ambulatoriale ed altre professionalità art. 21
ACN Intesa del 31.03.2020 e s.m.i..

PROTOCOLLO

Spettabile
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Servizio Amministrazione del Personale
Ufficio Personale Convenzionato
Open Center - 3° Piano –
Viale Verona, n. 190/5 - 38123 TRENTO

PEC: apss@pec.apss.tn.it

Il/la sottoscritto/a

Cognome Nome Sesso M F

Nato/a a Prov. il Cod. fiscale

Comune di Residenza Prov.

CAP Indirizzo

Cellulare

Email

PEC obbligatoria

(Posta elettronica certificata, indispensabile per le comunicazioni tra P.A. e il professionista L. 2/2009)

Il sottoscritto è consapevole che la mancanza dell'indirizzo di Posta Elettronica Certificata, comporta l'impossibilità di essere interpellato e conseguentemente di essere eventualmente assegnatario d'incarico

CHIEDE

di partecipare all'assegnazione dei turni vacanti, di cui alla pubblicazione del trim.

nella branca di

| (B) | (C) | (F) | | | |
|----------------------|------------------------|------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| INCARICO | | Sede di espletamento dell'incarico | | | |
| Numero | Ore sett. per incarico | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**A tal fine DICHIARA
ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445**

di essere cittadino italiano;

di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE: (Specificare)

di NON ESSERE

di ESSERE

nelle condizioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 27 dell'A.C.N. ed altre disposizioni normative.

Specificare l'eventuale incompatibilità

Iscritto all'Albo professionale:

| | | | | | | |
|-----------------------|------------------|----------------------|--------|----------------------|-----|----------------------|
| <input type="radio"/> | Medici Chirurghi | <input type="text"/> | al nr. | <input type="text"/> | dal | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> | Odontoiatri | <input type="text"/> | al nr. | <input type="text"/> | dal | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> | Biologi | <input type="text"/> | al nr. | <input type="text"/> | dal | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> | Chimici | <input type="text"/> | al nr. | <input type="text"/> | dal | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> | Psicologia | <input type="text"/> | al nr. | <input type="text"/> | dal | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> | Psicoterapeuti | <input type="text"/> | al nr. | <input type="text"/> | dal | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> | Veterinari | <input type="text"/> | al nr. | <input type="text"/> | dal | <input type="text"/> |

PER I SANITARI/PROFESSIONISTI già incaricati ai sensi dell'art. 21 co.2, lettere dalla a) alla g)

di essere:

titolare di incarico a tempo indeterminato che svolge, in via esclusiva, nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico, attività ambulatoriale nella specialità o area professionale regolamentata dal presente Accordo; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale nella specialità o area professionale regolamentata dal presente Accordo; medico generico ambulatoriale, di cui alla norma finale n. 5 del presente Accordo, in servizio alla data di entrata in vigore del presente Accordo, che faccia richiesta all'Azienda di ottenere un incarico medico specialistico nella branca di cui è in possesso del titolo di specializzazione, per un numero di ore non superiore a quello dell'incarico di cui è titolare; è consentito a tale medico di mantenere l'eventuale differenza di orario tra i due incarichi fino a quando l'incarico da specialista ambulatoriale non copra per intero l'orario di attività che il medico stesso svolgeva come generico di ambulatorio.

presso:

in via

 n. cap

comune di

 prov.

di vantare un'anzianità complessiva d'incarico articolata come segue:

- Dal al

titolare di incarico a tempo indeterminato, che svolga esclusivamente attività regolamentata dal presente Accordo in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN della Regione o di altra Regione confinante.

presso:

in via n. cap

comune di prov.

di vantare un'anzianità complessiva d'incarico articolata come segue:

- Dal al

titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante o titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN di Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità;

presso:

in via n. cap

comune di prov.

di vantare un'anzianità complessiva d'incarico articolata come segue:

- Dal al

specialista titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo, il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico.

presso:

in via n. cap

comune di prov.

di vantare un'anzianità complessiva d'incarico articolata come segue:

- Dal al

specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione;

presso:

in via n. cap

comune di prov.

di vantare un'anzianità complessiva d'incarico articolata come segue:

- Dal al

titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 26, comma 1;

presso:

in via n. cap

comune di prov.

di vantare un'anzianità complessiva d'incarico articolata come segue:

- Dal al

titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa.

presso:

in via n. cap

comune di prov.

di vantare un'anzianità complessiva d'incarico articolata come segue:

- Dal al

PER I SANITARI/PROFESSIONISTI di cui all'art. 21 co.2, lettere h) ed i) e J)

di essere:

specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 19 del presente Accordo in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda, con esclusione dei già titolari di incarico a tempo indeterminato, alla posizione n. con punti

specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui art. 19, nello specifico:

a) **diploma di Laurea** (DL) (LS)

in

(Medicina e chirurgia, Odontoiatria, Biologia, Chimica, Psicologia, Medicina veterinaria)

in ITALIA

presso l'Università di Data Voto

COMUNITA' EUROPEA presso l'Università di

Stato voto in data

Riconoscimento dal Ministero della Salute Italiano con Decreto nr. di data

EXTRA EUROPEA stato in data

Riconoscimento in Italia presso l'Università

voto in data

del Ministero della Salute Italiano con Decreto nr. di data

b) **abilitazione all'esercizio della professione di**

(medico chirurgo o odontoiatra, o biologo, chimico, psicologo, medicina veterinaria) nella sessione /

presso l'Università di

c) **possesso delle seguenti specializzazioni:**

in

ITALIA presso l'Università di

data voto

COMUNITA' EUROPEA presso l'Università di

Stato voto in data

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

EXTRA EUROPEA stato

Riconoscimento in Italia presso l'Università

voto in data

del Ministero della Salute Italiano con Decreto nr. di data

in

ITALIA presso l'Università di

data voto

COMUNITA' EUROPEA presso l'Università di

Stato voto in data

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

EXTRA EUROPEA stato

Riconoscimento in Italia presso l'Università

voto in data

del Ministero della Salute Italiano con Decreto nr. di data

titolare medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano e matureranno anzianità giuridica a far data dall'incarico.

presso:

in via n. cap

comune di prov.

PER INCARICHI conferibili sulla scorta della norma finale 7 (BRANCA ODONOTOIATRIA) :

di aver svolto almeno 3 anni di attività convenzionale ai sensi dell'ACN nei periodi e con la seguente tipologia di incarico (tempo determinato, incarico provvisorio o di sostituzione);

| | | | |
|---------------------------|--|------------------------|----------------------|
| TIPOLOGIA INCARICO | <input type="checkbox"/> Incarico provvisorio/sostituzione | | |
| | <input type="checkbox"/> Incarico tempo determinato | | |
| DAL | AL | ORE SETTIMANALI | ORE TOTALI |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Presso | <input type="text"/> | | |

| | | | |
|---------------------------|--|------------------------|----------------------|
| TIPOLOGIA INCARICO | <input type="checkbox"/> Incarico provvisorio/sostituzione | | |
| | <input type="checkbox"/> Incarico tempo determinato | | |
| DAL | AL | ORE SETTIMANALI | ORE TOTALI |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Presso | <input type="text"/> | | |

| | | | |
|---------------------------|--|------------------------|----------------------|
| TIPOLOGIA INCARICO | <input type="checkbox"/> Incarico provvisorio/sostituzione | | |
| | <input type="checkbox"/> Incarico tempo determinato | | |
| DAL | AL | ORE SETTIMANALI | ORE TOTALI |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Presso | <input type="text"/> | | |

| | | | |
|---------------------------|--|------------------------|----------------------|
| TIPOLOGIA INCARICO | <input type="checkbox"/> Incarico provvisorio/sostituzione | | |
| | <input type="checkbox"/> Incarico tempo determinato | | |
| DAL | AL | ORE SETTIMANALI | ORE TOTALI |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Presso | <input type="text"/> | | |

Oppure

di aver svolto attività convenzionale ai sensi dell'ACN per un periodo complessivo **INFERIORE ai 3 ANNI** nei periodi e con la seguente tipologia di incarico (tempo determinato, incarico provvisorio o di sostituzione);

| | | | |
|---------------------------|---|------------------------|----------------------|
| TIPOLOGIA INCARICO | <input type="checkbox"/> Incarico provvisorio/sostituzione <input type="checkbox"/> Incarico tempo determinato | | |
| DAL | AL | ORE SETTIMANALI | ORE TOTALI |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Presso | <input type="text"/> | | |

| | | | |
|---------------------------|---|------------------------|----------------------|
| TIPOLOGIA INCARICO | <input type="checkbox"/> Incarico provvisorio/sostituzione <input type="checkbox"/> Incarico tempo determinato | | |
| DAL | AL | ORE SETTIMANALI | ORE TOTALI |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Presso | <input type="text"/> | | |

| | | | |
|---------------------------|---|------------------------|----------------------|
| TIPOLOGIA INCARICO | <input type="checkbox"/> Incarico provvisorio/sostituzione <input type="checkbox"/> Incarico tempo determinato | | |
| DAL | AL | ORE SETTIMANALI | ORE TOTALI |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Presso | <input type="text"/> | | |

| | | | |
|---------------------------|---|------------------------|----------------------|
| TIPOLOGIA INCARICO | <input type="checkbox"/> Incarico provvisorio/sostituzione <input type="checkbox"/> Incarico tempo determinato | | |
| DAL | AL | ORE SETTIMANALI | ORE TOTALI |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Presso | <input type="text"/> | | |

allega: copia di un documento d'identità (se spedita).

Data

(**) Io sottoscritto _____ nella mia qualità di funzionario incaricato, attesto che la sottoscrizione del presente atto è stata apposta in mia presenza dal Sig. _____ della cui identità mi sono personalmente accertato mediante:

Patente; Carta d'Identità; Passaporto Documento n. _____

rilasciato da: _____

Trento, li _____ IL FUNZIONARIO INCARICATO _____

(**): **la presente autentica non è necessaria, qualora venga allegata copia fotostatica di valido documento di identità.**

Ai sensi del Regolamento Ue 2016/679, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento – Ufficio Personale Convenzionato – Via Degasperi, n.79 - Trento, per le finalità di gestione del presente avviso e saranno trattati anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione. La presentazione della domanda da parte del candidato implica il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili, a cura del personale assegnato all'ufficio preposto alla conservazione delle domande ed all'utilizzo delle stesse per lo svolgimento delle procedure di assegnazione.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE –
AUTOCERTIFICAZIONE – POSSESSO DELLE PARTICOLARI CAPACITA’
PROFESSIONALI**

(art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico)

Il/la sottoscritto/a

Cognome e Nome

nato a Prov. il

Codice Fiscale

residente a Prov.

in Via n. Cap

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, 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 essere in possesso delle particolari capacità professionali richieste:

CERTIFICAZIONE ACQUISITA PRESSO ENTE:

In data

O IN ALTERNATIVA

curriculum vitae e comunque ogni qualsivoglia documentazione **non rilasciata da una Pubblica Amministrazione o gestori di pubblici servizi**, in tal caso è possibile allegare la documentazione sia in originale che in copia resa legale o autenticata ai sensi di legge, ovvero anche in fotocopia, munita di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, sottoscritta dal candidato, attestante che la copia allegata è conforme all’originale, ai sensi dell’art.79 del DPR 445/2000 e s.m.i.: descrizione documentazione:

allega: copia di un documento d'identità (se spedita).

Data

Firma per esteso

(**) Io sottoscritto nella mia qualità di funzionario incaricato, attesto che la sottoscrizione del presente atto è stata apposta in mia presenza dal Sig. della cui identità mi sono personalmente accertato mediante:

Patente; Carta d'Identità; Passaporto Documento n.

rilasciato da:

Trento, li **IL FUNZIONARIO INCARICATO**

(): la presente autentica non è necessaria, qualora venga allegata copia fotostatica di valido documento di identità.**

Ai sensi del Regolamento Ue 2016/679, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento – Ufficio Personale Convenzionato – Via Degasperì, n.79 - Trento, per le finalità di gestione del presente avviso e saranno trattati anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione. La presentazione della domanda da parte del candidato implica il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili, a cura del personale assegnato all'ufficio preposto alla conservazione delle domande ed all'utilizzo delle stesse per lo svolgimento delle procedure di assegnazione.

allega: copia di valido documento d'identità (se spedita).

Data

Firma per esteso

(**) Io sottoscritto nella mia qualità di funzionario
incaricato, attesto che la sottoscrizione del presente atto è stata apposta in mia presenza dal Sig.
, della cui identità mi sono personalmente accertato
mediante:
 Patente; Carta d'Identità; Passaporto Documento n.
rilasciato da:
Trento, li IL FUNZIONARIO INCARICATO

(): la presente autentica non è necessaria, qualora venga allegata copia fotostatica di valido documento di identità.**

Ai sensi del Regolamento Ue 2016/679, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento – Ufficio Personale Convenzionato – Via Degasperì, n.79 - Trento, per le finalità di gestione del presente avviso e saranno trattati anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione. La presentazione della domanda da parte del candidato implica il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili, a cura del personale assegnato all'ufficio preposto alla conservazione delle domande ed all'utilizzo delle stesse per lo svolgimento delle procedure di assegnazione.