

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE AUTONOMA TRENINO-ALTO ADIGE  
 Registrazione Tribunale di Trento: n. 290 del 10.3.1979  
 Iscrizione al ROC n. 10512 dell'1.10.2004 - Indirizzo della Redazione:  
 Trento, via Gazzoletti 2 - Direttore responsabile: Dr. Alexander Steiner

AMTSBLATT DER AUTONOMEN REGION TRENINO-SÜDTIROL  
 Eintragung beim Landesgericht Trient: Nr. 290 vom 10.3.1979  
 Eintragung im ROC Nr. 10512 vom 1.10.2004 - Adresse der Redaktion:  
 Trient, via Gazzoletti 2 - Verantwortlicher Direktor: Dr. Alexander Steiner

**ANNO 69°**  
**SEZIONE CONCORSI**

**69. JAHRGANG**  
**SEKTION WETTBEWERBE**

# BOLLETTINO UFFICIALE - AMTSBLATT

DELLA  DER  
**REGIONE AUTONOMA** **AUTONOMEN REGION**  
**TRENINO-ALTO ADIGE/SÜDTIROL**

N./Nr.

**28 aprile 2017**  
**Numero Straordinario**

**17**

**28. April 2017**  
**Sondernummer**

---

## SOMMARIO

---

### NUMERO STRAORDINARIO

**Anno 2017**

---

**Zone carenti**

---

PROVINCIA DI TRENTO

**AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI**

Bando

DETERMINA DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE

n. 578 del 26/04/2017

Elenco degli ambiti territoriali carenti di medici convenzionati per l'Assistenza primaria (1° pubblicazione ordinaria 2017)

[20899] ..... P. 2

Bando

DETERMINA DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE

n. 579 del 26/04/2017

Elenco degli incarichi vacanti di medici convenzionati per la Continuità Assistenziale (1° pubblicazione 2017)

[20901] ..... P. 23

  
**Azienda Provinciale** *per i Servizi Sanitari*  
**Provincia Autonoma di Trento**

ID 20899

Elenco degli ambiti territoriali carenti  
di medici convenzionati per l'Assistenza primaria

(1° pubblicazione ordinaria 2017)

Ai sensi della determina n. 578 di data 26/04/2017 del Direttore del Servizio Amministrazione del Personale, si riportano di seguito gli ambiti territoriali carenti per l'Assistenza primaria alla data del 1 marzo 2017.

A	B	C	D
Servizio territoriale	Ambito	Num. zone	Località in cui il medico deve aprire l'ambulatorio principale
	<b>CENTRO NORD</b>	1	Loc. Calavino (Comune di Madruzzo)
<b>CENTRO SUD</b>	<b>Giudicarie e Rendena</b>	//	//
	<b>Alto Garda e Ledro</b>	1	Arco
	<b>Vallagarina</b>	2	Lavarone Rovereto
<b>EST</b>	<b>Alta Valsugana</b>	//	//
	<b>Bassa Valsugana</b>	//	//
	<b>Primiero</b>	//	//
	<b>Val di Fassa</b>	1	Campitello di Fassa
	<b>Val di Fiemme</b>	//	//
<b>OVEST</b>	<b>Rotaliana Paganella e Cembra</b>	1	Mezzolombardo
	<b>Val di Non</b>	//	//
	<b>Val di Sole</b>	//	//

Le zone carenti saranno attribuite con i criteri e le priorità di seguito esposte.

Gli aspiranti devono inviare la domanda per l'assegnazione delle zone carenti entro **15 giorni** dalla data della presente pubblicazione in un'unica soluzione all'AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI – UFFICIO PERSONALE CONVENZIONATO, Via Degasperi, 79 - 38123 TRENTO, **indicando, a pena di nullità, le località carenti** (colonna D) per le quali intendono concorrere (oppure indicando la partecipazione a tutte le località carenti).

**La domanda e tutta la relativa documentazione vanno prodotte in regola con la normativa sul bollo.**

**Possono concorrere** al conferimento degli incarichi nelle zone carenti, secondo quanto disposto dall'art. 34, comma 2, lett. a) e b) del ACN dd 29/07/2009 e s.m.i.:

[Digitare il testo]

  
**Azienda Provinciale** *per i Servizi Sanitari*  
**Provincia Autonoma di Trento**

- a) i medici che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei medici convenzionati per l'Assistenza primaria istituiti nell'ambito provinciale, proponendo domanda di **trasferimento interno alla Provincia**, conforme **all'allegato 1**. Questi possono concorrere ancorché non abbiano fatto domanda d'inserimento nella graduatoria provinciale, a condizione peraltro che risultino iscritti da almeno 2 anni nell'elenco di provenienza (anzianità che il medico può documentare, tramite dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000, oppure richiedere che venga accertata d'ufficio, ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000, fornendo le informazioni necessarie perché l'Azienda possa provvedervi) e che, al momento dell'attribuzione del nuovo incarico, non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezione fatta per attività di Continuità assistenziale. Si precisa che il medico con incarico a tempo indeterminato nell'Assistenza primaria, iscritto in uno degli elenchi, **non può concorrere al conferimento di un eventuale altro incarico dichiarato carente nello stesso ambito territoriale**, come previsto dall'art.14 comma 2 dell'Accordo provinciale per i Medici di Medicina generale del 17 aprile 2007 e s.m.i.
- b) i medici che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei medici convenzionati per l'Assistenza primaria istituiti in altra Provincia Autonoma o Regione, proponendo domanda di **trasferimento dall'esterno della Provincia**, conforme **all'allegato 2**. Possono concorrere ancorché non abbiano fatto domanda d'inserimento nella graduatoria provinciale, a condizione peraltro che risultino iscritti da almeno 4 anni nell'elenco di provenienza (anzianità che può documentare, tramite dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000, oppure richiedere che venga accertata d'ufficio, ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000, fornendo le informazioni necessarie perché l'Azienda possa provvedervi) e che, al momento dell'attribuzione del nuovo incarico, non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezione fatta per attività di Continuità assistenziale.

I trasferimenti di cui ai punti a) e b) sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascun'Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina.

Nel caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento.

Le zone non assegnate per trasferimento, saranno assegnate ai medici di cui al seguente punto c).

- c) **i medici inclusi nella graduatoria provinciale definitiva per la Medicina generale valida per l'anno 2017**, proponendo domanda conforme **all'allegato 3**; per questi sanitari sono disposte le seguenti riserve:
1. A favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art.16, comma 7, e all'art. 2, comma 2 del D. Lgs. n. 256/91 e delle norme corrispondenti di cui al D.Lgs 368/99 (da documentare, tramite dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000, oppure richiedere che tale possesso venga accertato d'ufficio, ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000, fornendo le informazioni necessarie perché l'Azienda possa provvedervi), una riserva percentuale pari al **67%** delle carenze disponibili, una volta assegnate le carenze al personale di cui ai punti a) e b). I medici inclusi nella graduatoria provinciale definitiva per l'anno 2017, che abbiano conseguito l'attestato di formazione in Medicina generale dopo la scadenza del termine per la presentazione della domanda d'inclusione nella graduatoria provinciale, per concorrere alla riserva dei posti del 67% e conseguire il relativo punteggio, debbono documentare, tramite dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000, oppure richiedere che il possesso di tale attestato venga accertato d'ufficio ai sensi dell'art. 43 DPR 445/2000, fornendo le informazioni necessarie perché l'Azienda possa provvedervi.
  2. A favore dei sanitari in possesso di titolo equipollente è assegnato il **33%** delle carenze disponibili, una volta assegnate quelle di cui ai punti a) e b) .

Qualora, per carenza di domande, non siano assegnate zone carenti spettanti ad una delle riserve percentuali di aspiranti, le stesse vengono assegnate all'altra.

Gli aspiranti all'assegnazione delle zone carenti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di assegnazione dichiarando, all'atto della relativa domanda, per quale intendono concorrere (art. 16, co. 9 ACN dd 29/07/2009 e s.m.i.).

  
**Azienda Provinciale** *per i Servizi Sanitari*  
**Provincia Autonoma di Trento**

Per l'attribuzione del punteggio relativo alla residenza (v. di seguito), dovrà essere prodotta dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000, oppure richiesta che la condizione venga accertata d'ufficio, ai sensi dell'art. 43 DPR 445/2000.

**Trasmissione delle domande.**

Gl'interessati dovranno presentare la domanda di assegnazione, entro 15 giorni dalla pubblicazione sul BUR della Regione Trentino Alto-Adige. Verranno escluse le domande inviate in data successiva alla scadenza sopra indicata (farà fede il timbro dell'ufficio postale accettante in caso di invio tramite Raccomandata A.R.) – data prorogata di diritto al primo giorno feriale successivo in caso la scadenza coincida con una festività.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è **PERENTORIO**.

L'eventuale riserva di invio successivo di documenti o l'invio successivo di documenti mancanti è privo di effetto.

E' pertanto importante provvedere alla corretta compilazione della domanda, in ogni sua parte, sottoscrivendola ed allegando copia di valido documento di identità.

Si ricorda che le domande non potranno essere corredate di certificazione di Amministrazioni Pubbliche o gestori di pubblici servizi in quanto, ai sensi della vigente normativa, le Amministrazioni Pubbliche non possono accettare certificazioni rilasciate da altre Amministrazioni Pubbliche o gestori di pubblici servizi, pena la mancata valutazione dei titoli oggetto della certificazione.

Pertanto, per essere oggetto di valutazione, i titoli conseguiti presso una Pubblica Amministrazione o gestori di pubblici servizi devono essere obbligatoriamente:

- autocertificati ai sensi degli art.46 e 47 del DPR 445/2000 e s.m.i.,
- indicati con richiesta di acquisizione d'ufficio, ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000 e s.m.i.

In entrambi i casi, i dati debbono indicare tutti gli elementi necessari per una corretta valutazione dei titoli stessi, per il loro reperimento o la loro verifica (Ente attestante, data provvedimento, protocollo provvedimento, etc).

Ai sensi dell'art.71 del citato DPR l'Amministrazione procederà ad idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art.76 del citato DPR, qualora emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese dal candidato lo stesso decade immediatamente dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

Facsimile della domanda è reperibile presso il N.O. Personale Convenzionato Centro Servizi Sanitari - Palazzina D 3° Piano Viale Verona - 38123 TRENTO, nonché sul sito aziendale ([www.apss.tn.it](http://www.apss.tn.it)).

Si può trasmettere la domanda di assegnazione tramite:

- **Raccomandata A.R.** al seguente indirizzo - A.P.S.S. - N.O. Personale Convenzionato Centro Servizi Sanitari - Palazzina D 3° Piano Viale Verona - 38123 TRENTO;
- **PEC (posta elettronica certificata)** al seguente indirizzo [apss@pec.apss.tn.it](mailto:apss@pec.apss.tn.it), se ritenuto il modello di accettazione in originale potrà essere richiesto da questo Ufficio, e pertanto dovrà essere conservato dallo specialista/professionista. S'informa in merito alla corrispondenza in arrivo via PEC, che l'APSS accetta soltanto documenti in formato PDF-PDF/A, TIFF o JPEG e comunque non zippati;
- **Consegnata a mano** nell'orario dalle 9:00 alle 12:00 e dalle 14:00 alle 15:30 dal lunedì al venerdì presso:
  - presso l'Ufficio Protocollo sito in Via Degaperi 79 – Trento;
  - A.P.S.S. - N.O. Personale Convenzionato Centro Servizi Sanitari - Palazzina D 3° Piano Viale Verona - Trento

**La mancata indicazione da parte del sanitario, nella domanda di partecipazione all'assegnazione delle zone carenti di assistenza primaria, dell'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) comporta l'esclusione dall'assegnazione non potendo provvedere a contattare l'interessato, secondo quanto previsto dalla L.2/2009.**

**Con la presentazione della domanda è implicita da parte dei candidati l'accettazione senza riserve, di tutte le**

  
**Azienda Provinciale** *per i Servizi Sanitari*  
**Provincia Autonoma di Trento**

**prescrizioni e precisazioni del presente avviso.**

**Graduazione delle domande.**

Al fine del conferimento degli incarichi nelle località carenti, i medici di cui all'art.34, coma 2, lett.a) e b) sono graduati in ordine di anzianità ed in caso di pari posizione sono ulteriormente graduati secondo l'ordine della minore età, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

Al fine del conferimento degli incarichi nelle località carenti, i medici inclusi nella graduatoria provinciale valida per l'anno 2017, sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria provinciale;
- attribuzione di punti 5, a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono **abbiano la residenza da almeno 2 anni** antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria provinciale in corso di validità (nel presente caso la residenza dovrà essere stata acquisita almeno dal **31/01/2014**) e che tale requisito sia stato mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;
- attribuzione di punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Provincia di Trento da **almeno 2 anni** antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria provinciale in corso di validità (nel presente caso la residenza dovrà essere stata acquisita almeno dal **31/01/2014**) e che tale requisito sia stato mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;
- attribuzione di 7.20 punti per i medici già inseriti in graduatoria che abbiano conseguito l'attestato di formazione specifica in medicina generale (da documentare in questa sede) dopo la data di scadenza del termine di presentazione della domanda di inclusione in tale graduatoria;

In caso di pari posizione in graduatoria i medici sono ulteriormente graduati secondo l'ordine della minore età, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

**I medici interessati all'attribuzione dei punteggi concernenti la residenza (5 e/o 20 punti) devono richiedere che la condizione venga accertata d'ufficio, ai sensi dell'art. 43 DPR 445/2000, oppure allegare dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000.**

**L'Azienda, mediante PEC (Posta Elettronica Certificata – Legge n.2/2009), convocherà per interpellare prioritariamente i sanitari di cui alla precedente lettera a) e, laddove risulti necessario, convocherà ed interpellerà successivamente i sanitari di cui alla lettera b).**

La mancata presentazione, entro il termine che sarà indicato nella convocazione formale, sarà considerata a tutti gli effetti come rinuncia all'incarico.

Le modalità di conferimento degli incarichi nelle zone carenti avverrà nel seguente modo:

- verranno redatte due graduatorie (una per i medici concorrenti per trasferimento interno ed esterno alla provincia, una per i medici che concorrono in quanto inseriti nella graduatoria provinciale anno 2017);
- verranno interpellati tutti i partecipanti a prescindere dalle loro posizioni in graduatoria, che dovranno fornire eventuale preferenza di inserimento;
- i conferimenti saranno effettuati nel seguente modo che di seguito si esemplifica:

**IPOTESI:**

**TABELLA 1: graduatoria con zone a cui i sanitari interessati partecipano.**

Pos. Grad.	Cognome Nome	Partecipa alle zone pubblicate		
		A	B	C
1	Concorrente X	SI		SI
2	Concorrente Y	SI	SI	
3	Concorrente Z		SI	
4	Concorrente X		SI	
5	Concorrente Z	SI		
6	Concorrente Y			SI

  
**Azienda Provinciale** *per i Servizi Sanitari*  
**Provincia Autonoma di Trento**

7	Concorrente K	SI	SI	SI
---	---------------	----	----	----

A seguito di interpello i sanitari esprimono le seguenti accettazioni:

**TABELLA 2: accettazioni con preferenze.**

Pos. Grad.	Cognome Nome	Partecipa alle zone pubblicate		
		A	B	C
1	Concorrente X	1		
2	Concorrente Y	1	2	
3	Concorrente Z		1	2
4	Concorrente X			
5	Concorrente Z	3		
6	Concorrente Y			3
7	Concorrente K	1	2	

Pertanto si provvederà ad assegnare le zone nel seguente ordine:

**TABELLA 3: attribuzione zone.**

Pos. Grad.	Cognome Nome	Conferimenti su preferenze e disponibilità		
		A	B	C
1	Concorrente X	Conferito		
2	Concorrente Y		Conferito	
3	Concorrente Z			Conferito
4	Concorrente X	Cancellato		
5	Concorrente Z	Cancellato		
6	Concorrente Y	Cancellato		
7	Concorrente K	1	2	

**Il conferimento dell'incarico determina contestualmente la cancellazione** del sanitario:

- dalla altre posizioni nella graduatoria della TABELLA 1;
- dall'incarico di provenienza in caso di sanitari assegnatari per trasferimento;
- **dalla graduatoria provinciale valida per l'anno 2017**, ai sensi dell'art. 33, comma 8, dell'Accordo.

I conferimenti verranno effettuati sulla base delle preferenze e delle disponibilità come esemplificato nella TABELLA 3, indipendentemente dall'effettivo inserimento del medico nella zona prescelta. Ciò determina ad esempio che, nel caso in cui il **"concorrente X"**, cui è stato conferito l'incarico nella zona A, non si inserisca nella zona prescelta, comunque al **"concorrente Y"**, secondo in graduatoria – al quale è già stata conferita la zona B - **non** potrà essere riproposta la disponibilità della zona A, anche se lo stesso l'ha indicata come prima scelta (vedasi TABELLA 2), essendo già assegnatario di altra zona. In tal caso si provvederà a conferire l'incarico nella zona A al primo concorrente utilmente collocato in graduatoria e non assegnatario, in prima applicazione, di alcuna zona (nel caso esemplificato il **"concorrente K"** avente titolo al conferimento di incarico per la zona A). L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, in seguito, provvede a verificare che il numero degli accessi ambulatoriali settimanali che il medico deve garantire al fine di assicurare la congrua assistenza necessaria nella zona carente, rispetti quanto previsto in materia dall'ACN vigente nonché dall'eventuale Accordo Provinciale vigente.

**Trattamento dei dati personale**

Ai sensi D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento – Servizio Personale Convenzionato – Via Degasperi, n.79, per le finalità di gestione del concorso e saranno trattati presso una banca di dati automatizzata 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 dal concorso. 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.

**ALLEGATO 1**



## DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DELLE ZONE CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA - TRASFERIMENTO INTERNO ALLA PROVINCIA -

**Bollo**  
**€16,00**

Spett.le N.O. Personale Convenzionato  
Centro Servizi Sanitari - Palazzina D 3° Piano  
Viale Verona  
38123 TRENTO

PEC: [apss@pec.apss.tn.it](mailto:apss@pec.apss.tn.it)

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_,  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**Indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata – Legge n.2/2009 - necessaria per poter essere interpellati):**

\_\_\_\_\_,  
laureato in medicina e chirurgia con voto \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso l'Università di  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_,  
abilitato all'esercizio della professione di medico chirurgo nella sessione \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso l'Università di  
\_\_\_\_\_, iscritto all'Ordine provinciale/regionale dei  
medici chirurghi di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

### CHIEDE

### DI PARTECIPARE ALL'ASSEGNAZIONE DELLE ZONE CARENTI PER TRASFERIMENTO INTERNO

secondo quanto previsto dall'art.34, co. 2, lett. a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale dd. 29/07/2009 e s.m.i., per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza primaria, pubblicati sul B.U.R. n.

\_\_\_\_\_ dd. \_\_\_\_\_

- per tutte le zone carenti pubblicate;
- per le seguenti zone carenti (indicare **le località** per cui si intende concorrere):

  
**Azienda Provinciale** *per i Servizi Sanitari*  
**Provincia Autonoma di Trento**

<input type="checkbox"/>	<b>CENTRO NORD</b>	Loc. Calavino (Comune di Madruzzo)
<input type="checkbox"/>	<b>CENTRO SUD</b>	<b>Alto Garda e Ledro</b> Arco
<input type="checkbox"/>		<b>Vallagarina</b> Lavarone
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<b>EST</b>	<b>Val di Fassa</b> Campitello di Fassa
<input type="checkbox"/>	<b>OVEST</b>	<b>Rotaliana Paganella e Cembra</b> Mezzolombardo

A tal fine (barrare una delle due opzioni):

chiede che l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento provveda all'acquisizione d'ufficio -ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000 - della documentazione attestante l'anzianità complessiva di incarico nel servizio di Assistenza Primaria a tempo indeterminato. A tal fine dichiara di avere svolto la propria attività nell'Assistenza primaria come segue:

a. Ente:

Indirizzo: Comune di  Prov. ,  
 in Via  n.  Cap   
 attività dal  al .

b. Ente:

Indirizzo: Comune di  Prov. ,  
 in Via  n.  Cap   
 attività dal  al .

c. Ente:

Indirizzo: Comune di  Prov. ,  
 in Via  n.  Cap   
 attività dal  al .

d. Ente:

Indirizzo: Comune di  Prov. ,  
 in Via  n.  Cap   
 attività dal  al .

e. Soggetto certificante:



*Azienda Provinciale*  *per i Servizi Sanitari*  
*Provincia Autonoma di Trento*

Indirizzo: Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_,  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
giusta attestazione/certificazione di data \_\_\_\_\_ Prot. n. \_\_\_\_\_.

o in alternativa

allega dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445;

Provvede inoltre ad allegare copia di valido documento di identità.

---

*data*

---

*Firma per esteso*

Informativa ai sensi dell'art. 18 del D. Lgs. 196 del 30 giugno 2003: i dati personali, che l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari acquisisce, verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento degli adempimenti istituzionali previsti dagli artt. 34 e 35 del vigente ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina generale.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE –  
 AUTOCERTIFICAZIONE – TRASFERIMENTO INTERNO**  
 (art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico)

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_,  
 nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_,  
 il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
 in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'ar.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 attualmente titolare di incarico a tempo indeterminato per l'Assistenza primaria presso l'Azienda:

\_\_\_\_\_

Indirizzo: Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, in  
 Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ ed iscritto  
 nell'elenco dei medici dell'ambito territoriale di  
 \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

- di vantare un'anzianità complessiva d'incarico a tempo indeterminato nell'Assistenza primaria nell'ambito della Provincia Autonoma di Trento pari a mesi \_\_\_\_\_(1), articolata come segue:

a. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'Azienda:

\_\_\_\_\_

Indirizzo: Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

b. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'Azienda:

\_\_\_\_\_

Indirizzo: Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

c. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'Azienda:

\_\_\_\_\_

Indirizzo: Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_


  
**Azienda Provinciale** *per i Servizi Sanitari*
  
**Provincia Autonoma di Trento**

, in Via  n.  Cap

d. dal  al  presso l'Azienda:

Indirizzo: Comune di  Prov.

, in Via  n.  Cap

e. dal  al  presso l'Azienda:

Indirizzo: Comune di  Prov.

, in Via  n.  Cap

Provvede inoltre ad allegare copia di valido documento di identità.

\_\_\_\_\_

*data*

\_\_\_\_\_

*Firma per esteso*

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196** 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. All'interessato competono i diritti previsti dall'art. 7 del d.lgs. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

  
**Azienda Provinciale** *per i Servizi Sanitari*  
 Provincia Autonoma di Trento

**ALLEGATO 2**

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DELLE ZONE CARENTI DI  
 ASSISTENZA PRIMARIA  
 - TRASFERIMENTO DALL'ESTERNO DELLA PROVINCIA -**

**Bollo**  
**€.16,00**

Spett.le N.O. Personale Convenzionato  
 Centro Servizi Sanitari - Palazzina D 3° Piano  
 Viale Verona  
 38123 TRENTO

PEC: [apss@pec.apss.tn.it](mailto:apss@pec.apss.tn.it)

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_,  
 nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_,  
 il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente a  
 \_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_,  
 in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_,  
 tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**Indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata – Legge n.2/2009 - necessaria per poter essere interpellati):**

\_\_\_\_\_  
 laureato in medicina e chirurgia con voto \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso l'Università di  
 \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_,  
 abilitato all'esercizio della professione di medico chirurgo nella sessione \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso l'Università di  
 \_\_\_\_\_, iscritto all'Ordine provinciale/regionale dei  
 medici chirurghi di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**DI PARTECIPARE ALL'ASSEGNAZIONE DELLE ZONE CARENTI  
 PER TRASFERIMENTO ESTERNO**

secondo quanto previsto dall'art.34, co.2, lett.a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale dd. 29/07/2009 e s.m.i., per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza primaria, pubblicati sul B.U.R. n.

\_\_\_\_\_ dd. \_\_\_\_\_

per tutte le zone carenti pubblicate;


  
**Azienda Provinciale** *per i Servizi Sanitari*
  
**Provincia Autonoma di Trento**

per le seguenti zone carenti (indicare le località per cui si intende concorrere):

<input type="checkbox"/>	<b>CENTRO NORD</b>	Loc. Calavino (Comune di Madruzzo)
<input type="checkbox"/>	<b>CENTRO SUD</b>	Alto Garda e Ledro
<input type="checkbox"/>		Arco
<input type="checkbox"/>		Vallagarina
<input type="checkbox"/>		Lavarone
<input type="checkbox"/>		Rovereto
<input type="checkbox"/>	<b>EST</b>	Val di Fassa
<input type="checkbox"/>	<b>OVEST</b>	Rotaliana Paganella e Cembra
		Campitello di Fassa
		Mezzolombardo

A tal fine (barrare una delle due opzioni):

chiede che l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento provveda all'acquisizione d'ufficio -ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000 - della documentazione attestante l'anzianità complessiva di incarico nel servizio di Assistenza Primaria a tempo indeterminato. A tal fine dichiara di avere svolto la propria attività nell'Assistenza primaria come segue:

a. Ente:

Indirizzo: Comune di  Prov. ,  
 in Via  n.  Cap   
 attività dal  al .

b. Ente:

Indirizzo: Comune di  Prov. ,  
 in Via  n.  Cap   
 attività dal  al .

c. Ente:

Indirizzo: Comune di  Prov. ,  
 in Via  n.  Cap   
 attività dal  al .

d. Ente:

Indirizzo: Comune di  Prov. ,  
 in Via  n.  Cap   
 attività dal  al .

e. Soggetto certificante:

*Azienda Provinciale*  *per i Servizi Sanitari*  
*Provincia Autonoma di Trento*

Indirizzo: Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_,  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
giusta attestazione/certificazione di data \_\_\_\_\_. Prot. n. \_\_\_\_\_. (attenzione leggere  
attentamente in materia le istruzioni del presente avviso)

o in alternativa

allega dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445;

Provvede inoltre ad allegare copia di valido documento di identità.

---

*data*

---

*Firma per esteso*

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196** 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. All'interessato competono i diritti previsti dall'art. 7 del d.lgs. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi..



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE –  
 AUTOCERTIFICAZIONE – TRASFERIMENTO DALL’ESTERNO**  
 (art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico)

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_,  
 nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_,  
 il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
 in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall’ar.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 attualmente titolare di incarico a tempo indeterminato per l’Assistenza primaria presso l’Azienda

\_\_\_\_\_

Indirizzo: Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, in  
 Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ ed iscritto  
 nell’elenco dei medici dell’ambito territoriale di  
 \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

- di vantare un’anzianità complessiva d’incarico a tempo indeterminato nell’Assistenza primaria pari a mesi \_\_\_\_\_(1), articolata come segue:

a. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l’Azienda:

\_\_\_\_\_

Indirizzo: Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

b. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l’Azienda:

\_\_\_\_\_

Indirizzo: Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

c. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l’Azienda:

\_\_\_\_\_

Indirizzo: Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

  
**Azienda Provinciale** *per i Servizi Sanitari*  
**Provincia Autonoma di Trento**

d. dal  al  presso l'Azienda:

Indirizzo: Comune di  Prov.  
, in Via  n.  Cap

e. dal  al  presso l'Azienda:

Indirizzo: Comune di  Prov.  
, in Via  n.  Cap

Provvede inoltre ad allegare copia di valido documento di identità.

---

*data*

---

*Firma per esteso*

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196** 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. All'interessato competono i diritti previsti dall'art. 7 del d.lgs. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

**ALLEGATO 3**

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DELLE ZONE CARENTI DI  
ASSISTENZA PRIMARIA  
- MEDICO INSERITO NELLA GRADUATORIA PROVINCIALE -**

**Bollo  
€16,00**

Spett.le N.O. Personale Convenzionato  
Centro Servizi Sanitari - Palazzina D 3° Piano  
Viale Verona  
38123 TRENTO

PEC: [apss@pec.apss.tn.it](mailto:apss@pec.apss.tn.it)

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_,  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**Indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata – Legge n.2/2009 - necessaria per poter essere interpellati):**

\_\_\_\_\_,  
laureato in medicina e chirurgia con voto \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso l'Università di  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_,  
abilitato all'esercizio della professione di medico chirurgo nella sessione \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso l'Università di  
\_\_\_\_\_, iscritto all'Ordine provinciale/regionale dei  
medici chirurghi di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

**CHIEDE****CHIEDE DI PARTECIPARE ALL'ASSEGNAZIONE DELLE ZONE CARENTI**

in qualità di medico incluso nella Graduatoria provinciale valida per l'anno 2017, alla posizione n. \_\_\_\_\_ con  
punti \_\_\_\_\_, secondo quanto previsto dall'articolo 34, co.2, lett.b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la  
medicina generale dd. 29/07/2009 e s.m.i., per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza primaria,  
pubblicati sul B.U.R. n. \_\_\_\_\_ dd. \_\_\_\_\_


  
**Azienda Provinciale** *per i Servizi Sanitari*
  
**Provincia Autonoma di Trento**

per tutte le zone carenti pubblicate;

per le seguenti zone carenti (indicare **le località** per cui si intende concorrere):

<input type="checkbox"/>	<b>CENTRO NORD</b>		Loc. Calavino (Comune di Madruzzo)
<input type="checkbox"/>	<b>CENTRO SUD</b>	<b>Alto Garda e Ledro</b>	Arco
<input type="checkbox"/>		<b>Vallagarina</b>	Lavarone
<input type="checkbox"/>			Rovereto
<input type="checkbox"/>	<b>EST</b>	<b>Val di Fassa</b>	Campitello di Fassa
<input type="checkbox"/>	<b>OVEST</b>	<b>Rotaliana Paganella e Cembra</b>	Mezzolombardo

a tal fine chiede, in osservanza di quanto previsto dall'art. 16, comma 7 e comma 9 dell' all'A.C.N. dd. 29/07/2009 e s.m.i., di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (*barrare una delle due opzioni*):

riserva per i medici in possesso di attestato di formazione di Medicina Generale ed allega a tal fine dichiarazione sostitutiva di certificazione - ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 - del possesso dell'Attestato di formazione in medicina generale;

A tal fine (*barrare una delle due opzioni*):

chiede che l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento provveda all'acquisizione d'ufficio - ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000 - della documentazione attestante il possesso di attestato di formazione di Medicina

Generale conseguito in data  presso

Ente:

Indirizzo: Comune di  Prov. ,

in Via  n.  Cap

o in alternativa

allega dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445;

riserva per i medici in possesso di titolo equipollente (abilitazione conseguita entro 31.12.94) ed allega a tal fine dichiarazione sostitutiva di certificazione - ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 - attestante l'abilitazione conseguita entro il 31.12.1994.

Inoltre ai fini della redazione della graduatoria di assegnazione (*barrare una delle due opzioni*):

chiede che l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento provveda all'acquisizione d'ufficio - ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000 - della documentazione attestante la residenza. A tal fine dichiara di avere avuto la residenza dal 31 gennaio 2014 nei seguenti Comuni

a. Comune di

Prov. , residente dal  al ;

b. Comune di

Prov. , residente dal  al ;

*Azienda Provinciale*  *per i Servizi Sanitari*  
*Provincia Autonoma di Trento*

- c. Comune di   
Prov. , residente dal  al ;
- d. Comune di   
Prov. , residente dal  al ;
- e. Comune di   
Prov. , residente dal  al .

o in alternativa

- allega dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445;

Provvede inoltre ad allegare copia di valido documento di identità.

---

*data*

---

*Firma per esteso*

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196** 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. All'interessato competono i diritti previsti dall'art. 7 del d.lgs. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE –  
AUTOCERTIFICAZIONE – POSSESSO DEL TITOLO DI MEDICO DI  
MEDICINA GENERALE**

**(medici concorrenti in graduatoria di medicina generale 2017)**

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

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_,  
 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, e di essere in

possesso dell'attestato di formazione di Medicina Generale conseguito in data \_\_\_\_\_ presso Ente:

\_\_\_\_\_  
 Indirizzo:  
 Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, in Via  
 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Provvede inoltre ad allegare copia di valido documento di identità.

\_\_\_\_\_

*data*

\_\_\_\_\_

*Firma per esteso*

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196** 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. All'interessato competono i diritti previsti dall'art. 7 del d.lgs. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE –  
 AUTOCERTIFICAZIONE – RESIDENZA**  
**(medici concorrenti in graduatoria di medicina generale 2017)**  
 (art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico)

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_,  
 nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_,  
 il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
 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 residente, dal \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- di avere avuto precedentemente la residenza nei seguenti Comuni, articolata nel tempo come segue:
  - a. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_
  - b. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_
  - c. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_
  - d. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_
  - e. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Provvede inoltre ad allegare copia di valido documento di identità.

*Azienda Provinciale*  *per i Servizi Sanitari*  
*Provincia Autonoma di Trento*

---

*data*

---

*Firma per esteso*

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196** 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. All'interessato competono i diritti previsti dall'art. 7 del d.lgs. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi

Allegato B

ID 20901



**Azienda Provinciale** *per i Servizi Sanitari*  
**Provincia Autonoma di Trento**

Elenco degli incarichi vacanti di medici convenzionati per la Continuità Assistenziale  
 (I° pubblicazione 2017)

Ai sensi della determina n.579 di data 26/04/2017 del Direttore del Servizio Amministrazione del Personale, si riporta di seguito l'elenco degli incarichi vacanti di medici convenzionati per la Continuità Assistenziale alla data del 1 marzo 2017.

A	B	C
Servizio Territoriale Ambito	SEDE DI SERVIZIO Comune (Località)	NUMERO INCARICHI VACANTI PER SEDE
CENTRO NORD	Trento	16
OVEST	Cembra Lisignago (loc. Cembra)	1
	Mezzolombardo	1
	Fondo	2
	Predaia (loc. Taio)	2
	Pellizzano	2
CENTRO SUD	Riva del Garda	7
	Comano Terme (loc. Ponte Arche)	1
	Pinzolo	1
	Mori	4
	Rovereto	4
EST	Pergine Valsugana	4
	Borgo Valsugana	1
	Primiero San Martino di Castrozza (loc. Tonadico)	2
	Predazzo	1
	Pozza di Fassa	4
TOTALE INCARICHI VACANTI		53

Gli incarichi vacanti saranno attribuiti con i criteri e le priorità di seguito esposte.

Gli aspiranti devono inviare la domanda per l'assegnazione degli incarichi vacanti entro **15 giorni** dalla data della presente pubblicazione in un'unica soluzione all'AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI N.O. Personale Convenzionato Centro Servizi Sanitari - Palazzina D 3° Piano Viale Verona - 38123 TRENTO, **indicando, a pena di nullità, gli incarichi** (colonna B) per i quali intendono concorrere (oppure indicando la partecipazione a tutti gli incarichi vacanti).

**La domanda e tutta la relativa documentazione vanno prodotte in regola con la normativa sul bollo.**



# Azienda Provinciale *per i Servizi Sanitari*

## Provincia Autonoma di Trento

**Possono concorrere** al conferimento degli incarichi nelle sedi carenti, secondo quanto disposto dall'art. 63, comma 2, lett. a) e b) del ACN dd 29/07/2009 e s.m.i.:

- a) per trasferimento, proponendo domanda conforme **all'allegato 1**, i medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale in questa Azienda o in aziende di altre regioni, anche diverse, ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino titolari rispettivamente da almeno due anni e da almeno tre anni nell'incarico dal quale provengono e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria o di pediatria di base, con un carico di assistiti rispettivamente inferiore a 650 e 350.

I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di metà dei posti disponibili e i quozienti funzionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità inferiore.

In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento.

- b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso, proponendo domanda conforme **all'allegato 2**: per questi sanitari sono disposte le seguenti riserve:
1. a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art.16, comma 7, e all'art. 2, comma 2 del D. Lgs. n. 256/91 e delle norme corrispondenti di cui al D.Lgs 368/99 (da documentare, tramite dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000, oppure richiedere che tale possesso venga accertato d'ufficio, ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000,, fornendo le informazioni necessarie perché l'Azienda possa provvedervi), una riserva percentuale pari al **67%** delle carenze disponibili, una volta assegnate le carenze al personale di cui al punto a). I medici inclusi nella graduatoria provinciale definitiva per l'anno 2017, che abbiano conseguito l'attestato di formazione in Medicina generale dopo la scadenza del termine per la presentazione della domanda d'inclusione nella graduatoria provinciale, per concorrere alla riserva dei posti del 67% e conseguire il relativo punteggio, debbono documentare, tramite dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000, oppure richiedere che il possesso di tale attestato venga accertato d'ufficio ai sensi dell'art. 43 DPR 445/2000, fornendo le informazioni necessarie perché l'Azienda possa provvedervi;
  2. a favore dei sanitari in possesso di titolo equipollente è assegnato il **33%** delle carenze disponibili, una volta assegnate quelle di cui al punto a).

Qualora, per carenza di domande, non siano assegnati gli incarichi spettanti ad una delle riserve percentuali di aspiranti, le stesse vengono assegnate all'altra.

Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi vacanti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di assegnazione dichiarando, all'atto della relativa domanda, per quale intendono concorrere (art. 16, co. 9 ACN dd 29/07/2009 e s.m.i.).

Per l'attribuzione del punteggio relativo alla residenza (v. di seguito), dovrà essere prodotta dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000, oppure richiesta che la condizione venga accertata d'ufficio, ai sensi dell'art. 43 DPR 445/2000.

### **Trasmissione delle domande.**

Gli interessati dovranno presentare la domanda di assegnazione, entro 15 giorni dalla pubblicazione sul BUR della Regione Trentino Alto-Adige. Verranno escluse le domande inviate in data successiva alla scadenza sopra indicata (farà fede il timbro dell'ufficio postale accettante in caso di invio tramite Raccomandata A.R.) – data prorogata di diritto al primo giorno feriale successivo in caso la scadenza coincida con una festività.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è **PERENTORIO**.

L'eventuale riserva di invio successivo di documenti o l'invio successivo di documenti mancanti è privo di effetto.

E' pertanto importante provvedere alla corretta compilazione della domanda, in ogni sua parte,



## *Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari* *Provincia Autonoma di Trento*

sottoscrivendola ed allegando copia di valido documento di identità.

Si ricorda che le domande non potranno essere corredate di certificazione di Amministrazioni Pubbliche o gestori di pubblici servizi in quanto, ai sensi della vigente normativa, le Amministrazioni Pubbliche non possono accettare certificazioni rilasciate da altre Amministrazioni Pubbliche o gestori di pubblici servizi, pena la mancata valutazione dei titoli oggetto della certificazione.

Pertanto, per essere oggetto di valutazione, i titoli conseguiti presso una Pubblica Amministrazione o gestori di pubblici servizi devono essere obbligatoriamente:

- autocertificati ai sensi degli art.46 e 47 del DPR 445/2000 e s.m.i.,
- indicati con richiesta di acquisizione d'ufficio, ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000 e s.m.i.

In entrambi i casi, i dati debbono indicare tutti gli elementi necessari per una corretta valutazione dei titoli stessi, per il loro reperimento o la loro verifica (Ente attestante, data provvedimento, protocollo provvedimento, etc).

Ai sensi dell'art.71 del citato DPR l'Amministrazione procederà ad idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art.76 del citato DPR, qualora emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese dal candidato, lo stesso decade immediatamente dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

Facsimile della domanda è reperibile presso il N.O. Personale Convenzionato Centro Servizi Sanitari - Palazzina D 3° Piano Viale Verona - 38123 TRENTO, nonché sul sito aziendale ([www.apss.tn.it](http://www.apss.tn.it)).

Si può trasmettere la domanda di assegnazione tramite:

- **Raccomandata A.R.** al seguente indirizzo - A.P.S.S. - N.O. Personale Convenzionato Centro Servizi Sanitari - Palazzina D 3° Piano Viale Verona - 38123 TRENTO;
- **PEC (posta elettronica certificata)** al seguente indirizzo [apss@pec.apss.tn.it](mailto:apss@pec.apss.tn.it), se ritenuto il modello di accettazione in originale potrà essere richiesto da questo Ufficio, e pertanto dovrà essere conservato dallo specialista/professionista. S'informa in merito alla corrispondenza in arrivo via PEC, che l'APSS accetta soltanto documenti in formato PDF-PDF/A, TIFF o JPEG e comunque non zippati;
- **Consegnata a mano** nell'orario dalle 9:00 alle 12:00 e dalle 14:00 alle 15:30 dal lunedì al venerdì presso:
  - presso l'Ufficio Protocollo sito in Via Degaperi 79 – Trento;
  - A.P.S.S. - N.O. Personale Convenzionato Centro Servizi Sanitari - Palazzina D 3° Piano Viale Verona - Trento

**La mancata indicazione da parte del sanitario, nella domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di Continuità assistenziale, dell'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) comporta l'esclusione dall'assegnazione, non potendosi provvedere a contattare l'interessato, secondo quanto previsto dalla L.2/2009.**

**Con la presentazione della domanda è implicita da parte dei candidati l'accettazione senza riserve, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente avviso.**

### **Graduazione delle domande.**

Al fine del conferimento degli incarichi vacanti, i medici di cui all'art.63, co. 2, lett.a) sono graduati in ordine di anzianità di servizio ed in caso di pari posizione sono ulteriormente graduati secondo l'ordine della minore età, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

Al fine del conferimento degli incarichi nelle sedi carenti, i medici inclusi nella graduatoria provinciale valida per l'anno 2017, sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:



# Azienda Provinciale *per i Servizi Sanitari*

## Provincia Autonoma di Trento

- attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria provinciale;
- attribuzione di punti 10, a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono **abbiano la residenza da almeno 2 anni** antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria provinciale in corso di validità (nel presente caso la residenza dovrà essere stata acquisita almeno dal **31/01/2014**) e che tale requisito sia stato mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;
- attribuzione di punti 10 ai medici residenti nell'ambito della Provincia di Trento da **almeno 2 anni** antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria provinciale in corso di validità (nel presente caso la residenza dovrà essere stata acquisita almeno dal **31/01/2014**) e che tale requisito sia stato mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;
- attribuzione di 7.20 punti per i medici già inseriti in graduatoria che abbiano conseguito l'attestato di formazione specifica in medicina generale (da documentare in questa sede) dopo la data di scadenza del termine di presentazione della domanda di inclusione in tale graduatoria;

In caso di pari posizione in graduatoria i medici sono ulteriormente graduati secondo l'ordine della minore età, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

**I medici interessati all'attribuzione dei punteggi concernenti la residenza devono richiedere che la condizione venga accertata d'ufficio, ai sensi dell'art. 43 DPR 445/2000, oppure allegare dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000.**

**L'Azienda, mediante PEC (Posta Elettronica Certificata – Legge n.2/2009), convocherà per interpellare prioritariamente i sanitari di cui alla precedente lettera a) e, laddove risulti necessario, convocherà ed interpellerà successivamente i sanitari di cui alla lettera b).**

La mancata presentazione, entro il termine che sarà indicato nella convocazione formale, sarà considerata a tutti gli effetti come rinuncia all'incarico.

Le modalità di conferimento degli incarichi avverrà nel seguente modo:

- verranno redatte due graduatorie (una per i medici concorrenti per trasferimento interno ed esterno alla provincia, una per i medici che concorrono in quanto inseriti nella graduatoria provinciale anno 2017);
- verranno interpellati tutti i partecipanti a prescindere dalle loro posizioni in graduatoria, che dovranno fornire eventuale preferenza di inserimento;
- i conferimenti saranno effettuati nel seguente modo che di seguito si esemplifica:

### IPOTESI:

**TABELLA 1: graduatoria con incarichi a cui i sanitari interessati partecipano.**

Pos. Grad.	Cognome Nome	Partecipa per gli incarichi nelle sedi pubblicate		
		A	B	C
1	Concorrente X	SI		SI
2	Concorrente Y	SI	SI	
3	Concorrente Z		SI	
4	Concorrente X		SI	
5	Concorrente Z	SI		
6	Concorrente Y			SI
7	Concorrente K	SI	SI	SI

A seguito di interpello i sanitari esprimono le seguenti accettazioni:

**TABELLA 2: accettazioni con preferenze.**

Pos. Grad.	Cognome Nome	Partecipa alle sedi pubblicate		
		A	B	C





**Azienda Provinciale** *per i Servizi Sanitari*  
**Provincia Autonoma di Trento**

1	Concorrente X	1		
2	Concorrente Y	1	2	
3	Concorrente Z		1	2
4	Concorrente X			
5	Concorrente Z	3		
6	Concorrente Y			3
7	Concorrente K	1	2	

Pertanto si provvederà ad assegnare le sedi nel seguente ordine:

**TABELLA 3: attribuzione sedi**

Pos. Grad.	Cognome Nome	Conferimenti su preferenze e disponibilità		
		A	B	C
1	Concorrente X	Conferito		
2	Concorrente Y		Conferito	
3	Concorrente Z			Conferito
4	Concorrente X		Cancellato	
5	Concorrente Z		Cancellato	
6	Concorrente Y		Cancellato	
7	Concorrente K	1	2	

**Il conferimento dell'incarico determina contestualmente la cancellazione del sanitario:**

- dalla altre posizioni nella graduatoria della TABELLA 1;
- dall'incarico di provenienza in caso di sanitari assegnatari per trasferimento;
- **dalla graduatoria provinciale valida per l'anno 2017**, ai sensi dell'art. 63, comma 15, dell'Accordo.

I conferimenti verranno effettuati sulla base delle preferenze e delle disponibilità come esemplificato nella TABELLA 3, indipendentemente dall'effettivo inserimento del medico nella zona prescelta. Ciò determina ad esempio che, nel caso in cui il “**concorrente X**”, cui è stato conferito l'incarico nella zona A, non si inserisca nella zona prescelta, comunque al “**concorrente Y**”, secondo in graduatoria – al quale è già stata conferita la zona B - **non** potrà essere riproposta la disponibilità della zona A, anche se lo stesso l'ha indicata come prima scelta (vedasi TABELLA 2), essendo già assegnatario di altra zona. In tal caso si provvederà a conferire l'incarico nella zona A al primo concorrente utilmente collocato in graduatoria e non assegnatario, in prima applicazione, di alcuna zona (nel caso esemplificato il “**concorrente K**” avente titolo al conferimento di incarico per la zona A).

**Trattamento dei dati personale**

Ai sensi D.Lgs, 30 giugno 2003 n.196, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento – Servizio Personale Convenzionato – Via Degasperì, n.79, per le finalità di gestione del concorso e saranno trattati presso una banca di dati automatizzata 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 dal concorso. 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.

  
**Azienda Provinciale** *per i Servizi Sanitari*  
 Provincia Autonoma di Trento

**ALLEGATO 1**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI  
VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE - PER TRASFERIMENTO**

**Bollo  
€16,00**

Spett.le N.O. Personale Convenzionato  
Centro Servizi Sanitari - Palazzina D 3° Piano  
Viale Verona  
38123 TRENTO

PEC: [apss@pec.apss.tn.it](mailto:apss@pec.apss.tn.it)

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_,  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**Indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata – Legge n.2/2009 - necessaria per poter essere interpellati):**

\_\_\_\_\_,  
laureato in medicina e chirurgia con voto \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso l'Università di  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_,  
abilitato all'esercizio della professione di medico chirurgo nella sessione \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso l'Università di  
\_\_\_\_\_, iscritto all'Ordine provinciale/regionale dei  
medici chirurghi di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**DI PARTECIPARE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI  
DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PER TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art. 65, co. 2, lett. a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale dd. 29/07/2009 e s.m.i., per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale, pubblicati sul B.U.R. n.

\_\_\_\_\_ dd. \_\_\_\_\_

- per tutte gli incarichi vacanti pubblicati;  
 per i seguenti incarichi vacanti (indicare **le sedi** per cui si intende concorrere):


**Azienda Provinciale** *per i Servizi Sanitari*  
 Provincia Autonoma di Trento

indicare le sedi per cui si intende concorrere	Servizio territoriale Ambito	SEDE DI SERVIZIO Comune (Località)
<input type="checkbox"/>	CENTRO NORD	Trento
<input type="checkbox"/>	OVEST	Cembra Lisignago (loc. Cembra)
<input type="checkbox"/>		Mezzolombardo
<input type="checkbox"/>		Fondo
<input type="checkbox"/>		Predaia (loc. Taio)
<input type="checkbox"/>		Pellizzano
<input type="checkbox"/>	CENTRO SUD	Riva del Garda
<input type="checkbox"/>		Comano Terme (loc. Ponte Arche)
<input type="checkbox"/>		Pinzolo
<input type="checkbox"/>		Mori
<input type="checkbox"/>		Rovereto
<input type="checkbox"/>	EST	Pergine Valsugana
<input type="checkbox"/>		Borgo Valsugana
<input type="checkbox"/>		Primiero San Martino di Castrozza (loc. Tonadico)
<input type="checkbox"/>		Predazzo
<input type="checkbox"/>		Pozza di Fassa

A tal fine (*barrare una delle due opzioni*):

chiede che l’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento provveda all’acquisizione d’ufficio -ai sensi dell’art. 43 del DPR 445/2000 - della documentazione attestante l’anzianità complessiva di incarico. A tal fine dichiara di avere svolto la propria attività nella Continuità Assistenziale come segue:

a. Ente:

Indirizzo: Comune di  Prov. ,  
 in Via  n.  Cap   
 attività dal  al .

b. Ente:

Indirizzo: Comune di  Prov. ,  
 in Via  n.  Cap   
 attività dal  al .

c. Ente:


  
**Azienda Provinciale** *per i Servizi Sanitari*
  
 Provincia Autonoma di Trento

Indirizzo: Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_,  
 in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
 attività dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

d. Ente:

\_\_\_\_\_  
 Indirizzo: Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_,  
 in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
 attività dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

e. Soggetto certificante:

\_\_\_\_\_  
 Indirizzo: Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_,  
 in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
 giusta attestazione/certificazione di data \_\_\_\_\_ Prot. n. \_\_\_\_\_.

o in alternativa

allega dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

Provvede inoltre ad allegare copia di valido documento di identità.

\_\_\_\_\_

*data*

\_\_\_\_\_

*Firma per esteso*


  
**Azienda Provinciale** *per i Servizi Sanitari*
  
**Provincia Autonoma di Trento**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE –  
AUTOCERTIFICAZIONE – TRASFERIMENTO**

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

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'ar.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 attualmente titolare di incarico a tempo indeterminato per la Continuità assistenziale presso l'Azienda

\_\_\_\_\_

Indirizzo: Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, in  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

- di vantare un'anzianità complessiva d'incarico a tempo indeterminato nella Continuità assistenziale pari a mesi \_\_\_\_\_ (1), articolata come segue:

a. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'Azienda:

\_\_\_\_\_

Indirizzo: Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_,  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

b. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'Azienda:

\_\_\_\_\_

Indirizzo: Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_,  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

c. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'Azienda:

\_\_\_\_\_

Indirizzo: Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_,  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

d. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'Azienda:

*Azienda Provinciale*  *per i Servizi Sanitari*  
*Provincia Autonoma di Trento*

Indirizzo: Comune di  Prov.

, in Via  n.  Cap

e. dal  al  presso l'Azienda:

Indirizzo: Comune di  Prov.

, in Via  n.  Cap

Provvede inoltre ad allegare copia di valido documento di identità.

---

*data*

---

*Firma per esteso*

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196** 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. All'interessato competono i diritti previsti dall'art. 7 del d.lgs. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.



## ALLEGATO 2

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI  
VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE QUALE MEDICO INSERITO  
NELLA GRADUATORIA PROVINCIALE**

**Bollo  
€16,00**

Spett.le N.O. Personale Convenzionato  
Centro Servizi Sanitari - Palazzina D 3° Piano  
Viale Verona  
38123 TRENTO

PEC: [apss@pec.apss.tn.it](mailto:apss@pec.apss.tn.it)

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_,  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**Indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata – Legge n.2/2009 - necessaria per poter essere interpellati):**

\_\_\_\_\_,  
laureato in medicina e chirurgia con voto \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso l'Università di  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_,  
abilitato all'esercizio della professione di medico chirurgo nella sessione \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso l'Università di  
\_\_\_\_\_, iscritto all'Ordine provinciale/regionale dei  
medici chirurghi di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**CHIEDE DI PARTECIPARE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI  
VACANTI**

in qualità di medico incluso nella Graduatoria provinciale valida per l'anno 2017, alla posizione n. \_\_\_\_\_ con  
punti \_\_\_\_\_, secondo quanto previsto dall'articolo ex art.63, co.2, lett. b) dell'A.C.N. per la medicina generale  
dd. 29/07/2009 e s.m.i., pubblicati sul B.U.R. n. \_\_\_\_\_ dd. \_\_\_\_\_

- per tutte gli incarichi vacanti pubblicati;  
 per i seguenti incarichi vacanti (indicare **le sedi** per cui si intende concorrere):

indicare le sedi per cui si intende concorrere	Servizio territoriale Ambito	SEDE DI SERVIZIO Comune (Località)
<input type="checkbox"/>	CENTRO NORD	Trento
<input type="checkbox"/>	OVEST	Cembra Lisignago (loc. Cembra)
		Mezzolombardo
<input type="checkbox"/>		Fondo
<input type="checkbox"/>		Predaia (loc. Taio)
<input type="checkbox"/>		Pellizzano
<input type="checkbox"/>	CENTRO SUD	Riva del Garda
<input type="checkbox"/>		Comano Terme (loc. Ponte Arche)
<input type="checkbox"/>		Pinzolo
<input type="checkbox"/>		Mori
<input type="checkbox"/>		Rovereto
<input type="checkbox"/>	EST	Pergine Valsugana
<input type="checkbox"/>		Borgo Valsugana
<input type="checkbox"/>		Primiero San Martino di Castrozza (loc. Tonadico)
<input type="checkbox"/>		Predazzo
<input type="checkbox"/>		Pozza di Fassa

a tal fine chiede, in osservanza di quanto previsto dall'art. 16, comma 7 e comma 9 dell' all'A.C.N. dd. 29/07/2009 e s.m.i., di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (*barrare una delle due opzioni*):

- riserva per i medici in possesso di attestato di formazione di Medicina Generale ed allega a tal fine dichiarazione sostitutiva di certificazione - ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 - del possesso dell'Attestato di formazione in medicina generale;

A tal fine (*barrare una delle due opzioni*):

- chiede che l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento provveda all'acquisizione d'ufficio -ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000 - della documentazione attestante il possesso di attestato di formazione di Medicina

Generale conseguito in data  presso

Ente:

Indirizzo: Comune di  Prov. ,

in Via  n.  Cap

o in alternativa

- allega dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445;
- riserva per i medici in possesso di titolo equipollente (abilitazione conseguita entro 31.12.94) ed allega a tal fine dichiarazione sostitutiva di certificazione - ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 - attestante l'abilitazione conseguita entro il 31.12.1994.

Inoltre ai fini della redazione della graduatoria di assegnazione (*barrare una delle due opzioni*):

- chiede che l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento provveda all'acquisizione d'ufficio -ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000 - della documentazione attestante la residenza. A tal fine dichiara di avere avuto la residenza dal 31 gennaio 2014 nei seguenti Comuni

- a. Comune di \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_, residente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- b. Comune di \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_, residente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- c. Comune di \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_, residente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- d. Comune di \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_, residente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- e. Comune di \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_, residente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

o in alternativa

allega dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445;

Provvede inoltre ad allegare copia di valido documento di identità.

---

*data*

---

*Firma per esteso*

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196** 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. All'interessato competono i diritti previsti dall'art. 7 del d.lgs. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE –  
AUTOCERTIFICAZIONE – POSSESSO DEL TITOLO DI MEDICO DI  
MEDICINA GENERALE**

**(medici concorrenti in graduatoria di medicina generale 2017)**

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

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_,  
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, e di essere in

possesso dell'attestato di formazione di Medicina Generale conseguito in data \_\_\_\_\_ presso Ente:

\_\_\_\_\_ Indirizzo:

Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, in Via

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Provvede inoltre ad allegare copia di valido documento di identità.

\_\_\_\_\_

*data*

\_\_\_\_\_

*Firma per esteso*

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196** 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. All'interessato competono i diritti previsti dall'art. 7 del d.lgs. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE –  
AUTOCERTIFICAZIONE – RESIDENZA**  
**(medici concorrenti in graduatoria di medicina generale 2017)**  
(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico)

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_,  
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 residente in Provincia di Trento dal 31 gennaio 2014, nei Comuni di seguiti elencati:

- essere residente, dal \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- di avere avuto precedentemente la residenza nei seguenti Comuni, articolata nel tempo come segue:
  - a. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_
  - b. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_
  - c. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_
  - d. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_
  - e. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Provvede inoltre ad allegare copia di valido documento di identità.

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ Firma per esteso

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196** 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. All'interessato competono i diritti previsti dall'art. 7 del d.lgs. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi