

24835

**Bandi - Concorso - Anno 2020**

**Provincia Autonoma di Trento**

**AVVISO DEL DIRIGENTE**

del 16 settembre 2020

**Avviso pubblico per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale (2020-2023) della Provincia autonoma di Trento tramite graduatoria riservata ex art. 12 comma 3 del D.L. 35/2019 siccome convertito con L. 60/2019 (deliberazione della Giunta provinciale n. 1335 del 4 settembre 2020)**

Continua >>>



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

**TRENTINO**

**AVVISO PUBBLICO**  
**PER L'AMMISSIONE AL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN**  
**MEDICINA GENERALE (2020-2023) DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO**  
**TRAMITE GRADUATORIA RISERVATA**  
**EX ART. 12 COMMA 3 DEL D.L. 35/2019 SICCOME CONVERTITO CON L. 60/2019**  
*(Deliberazione della Giunta provinciale n. 1335 del 4 settembre 2020)*

*Art. 1 – Contingente*

1. Nella Provincia Autonoma di Trento, è indetto il presente avviso per l'ammissione, tramite graduatoria riservata e senza borsa di studio, al corso triennale di formazione specifica in medicina generale 2020 – 2023, a tempo pieno, **di n. 7 laureati** in medicina e chirurgia, in possesso dei requisiti di cui all'articolo successivo.

*Art. 2 – Requisiti di ammissione*

1. Per l'ammissione al corso il candidato deve soddisfare uno dei seguenti requisiti:
- a) essere cittadino italiano;
  - b) essere cittadino di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
  - c) essere cittadino non avente la cittadinanza di uno Stato membro in possesso di un diritto di soggiorno o di un diritto di soggiorno permanente (entrambi in corso di validità), essendo familiare di un cittadino di uno Stato membro (art. 38, comma 1, del D.Lgs n. 165/2001 e smi);
  - d) essere cittadino dei paesi terzi titolare di permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in corso di validità (art. 38, comma 3bis, del D.Lgs n. 165/2001 e smi);
  - e) essere cittadino dei paesi terzi titolare dello status di rifugiato in corso di validità (art. 38, comma 3bis, del D.Lgs. n. 165/2001 e smi);
  - f) essere cittadino dei paesi terzi titolare dello status di protezione sussidiaria in corso di validità (art. 38, comma 3bis, del D.Lgs. n. 165/2001 e smi);
2. Per l'ammissione al corso, il candidato che soddisfa uno dei requisiti di cui al comma 1, deve, altresì, essere in possesso:
- a) del diploma di laurea in medicina e chirurgia;
- nonché dei seguenti requisiti:
- b) abilitazione all'esercizio della professione in Italia;
  - c) iscrizione all'albo professionale dei medici chirurghi di un ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Repubblica Italiana;
  - d) idoneità al concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale, già conseguita nella Provincia Autonoma di Trento nei concorsi precedenti a quello relativo al triennio 2020-2023;
  - e) svolgimento di incarichi, nell'ambito delle funzioni convenzionali previste dal vigente Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei

servizi) per almeno ventiquattro mesi, anche non continuativi, nei dieci anni antecedenti alla data di scadenza della presentazione della domanda di partecipazione al concorso per l'accesso al corso di formazione specifica in medicina generale della Provincia Autonoma di Trento relativo al triennio 2020-2023. I ventiquattro mesi di anzianità nei suddetti quattro ambiti saranno calcolati ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale.

3. I requisiti di cui al comma 1 e al comma 2 lettere a), b), d) del presente articolo devono essere posseduti dal candidato alla data di scadenza del termine utile per la presentazione della domanda di ammissione tramite graduatoria riservata al corso relativo al triennio 2020-2023 di cui al presente Avviso.

4. Il requisito di cui al comma 2, lettera c), deve essere posseduto, pena la non ammissione al corso stesso, entro l'inizio ufficiale del corso previsto entro il mese di aprile 2021. L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la presentazione della domanda, fermo restando l'obbligo di regolarizzare il requisito descritto al punto 2 lettera c), prima della data di inizio ufficiale del Corso.

#### *Art. 3 – Domanda e termine di presentazione*

1. Al fine di ridurre al minimo la confluenza degli utenti presso gli uffici provinciali, tenuto conto anche di quanto previsto dall'Ordinanza 1 giugno 2020 prot. 296873/1 del Presidente della Provincia Autonoma di Trento in materia di comunicazioni telematiche tra l'amministrazione provinciale ed i propri interlocutori (cittadini, imprese, professionisti), **la domanda di ammissione deve essere presentata, a pena di esclusione, esclusivamente tramite posta elettronica**, nel rispetto di quanto disposto dalla deliberazione della Giunta provinciale n. 2468 di data 29 dicembre 2016, all'indirizzo [serv.politsanitarie@pec.provincia.tn.it](mailto:serv.politsanitarie@pec.provincia.tn.it), specificando nell'oggetto "domanda per l'ammissione al corso di formazione in medicina generale 2020/2023 tramite graduatoria riservata". La domanda deve essere redatta avvalendosi della modulistica allegata al presente avviso e reperibile sul sito internet istituzionale della Provincia (<http://www.modulistica.provincia.tn.it/>) e sul sito della Provincia <https://www.trentinosalute.net/Arce-tematiche/Formazione-e-operatori/Corso-di-formazione-specifica-in-medicina-generale/2020-2023>.

2. La domanda deve essere presentata entro il termine perentorio di 30 giorni, previsto a pena di irricevibilità, a decorrere **dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso per estratto nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana**. Per "termine di presentazione della domanda", si intende la data della ricevuta inviata dal Server di Posta Elettronica Certificata provinciale al Server di Posta Elettronica Certificata del candidato.

3. Il candidato può fare domanda di accesso al corso tramite graduatoria riservata in una sola delle Regioni o Province autonome nelle quali è risultato idoneo, pena l'esclusione dal corso, anche qualora la circostanza venisse appurata successivamente l'inizio dello stesso.

4. Nella compilazione della domanda il candidato dovrà dichiarare sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, **e a pena di inammissibilità della domanda:**

- a) il proprio cognome, nome, luogo e data di nascita e codice fiscale;
- b) il luogo di residenza;
- c) di essere in possesso di cittadinanza italiana; o di essere in possesso della cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea; o di essere cittadino dei paesi terzi, in possesso di un diritto di soggiorno in corso di validità o di un diritto di soggiorno permanente in corso di validità e di essere familiare di un cittadino dell'Unione Europea; o di essere cittadino dei paesi terzi con permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in corso di

validità; o di essere cittadino dei paesi terzi, titolare dello status di rifugiato in corso di validità; o di essere cittadino dei paesi terzi, titolare dello status di protezione sussidiaria in corso di validità;

- d) di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito in Italia o all'estero, indicando l'Università che lo ha rilasciato, il giorno, il mese e l'anno in cui è stato conseguito, nonché la votazione finale espressa su base 100 o 110;
- e) di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale in Italia, indicando l'università presso cui è stata conseguita, il giorno, il mese e l'anno di conseguimento, ovvero la sessione di espletamento dell'esame;
- f) di essere/non essere iscritto all'albo professionale di un ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Repubblica Italiana, indicando, in caso di risposta affermativa, la provincia di iscrizione, fatto salvo quanto disposto dall'art. 2 comma 4;
- g) di essere a conoscenza che il requisito di cui alla lett. f) deve essere posseduto alla data di inizio ufficiale del corso (*qualora il candidato dichiara di non essere iscritto all'ordine*), pena la non ammissione allo stesso;

nella domanda, **corredata da copia di documento di identità in corso di validità**, dovrà essere dichiarato, inoltre:

- h) di non avere presentato domanda di ammissione per il corso di formazione specifica in medicina generale tramite graduatoria riservata (ex art. 12 comma 3 del d.l. 35/2019 siccome convertito con L. 60/2019) in altra Regione o Provincia Autonoma;
- i) di essere/non essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia o dottorato di ricerca (*se si specificare quale*);
- j) di aver conseguito l'idoneità al concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale nella Provincia Autonoma di Trento specificando l'anno di partecipazione al concorso, precedente a quello relativo al triennio 2020-2023;
- k) di avere svolto incarichi, nell'ambito delle funzioni convenzionali previste dal vigente Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi) per almeno ventiquattro mesi, anche non continuativi, nei dieci anni antecedenti alla data di scadenza della presentazione della domanda di partecipazione al concorso per l'ammissione al corso di formazione specifica in medicina generale della Provincia Autonoma di Trento relativo al triennio 2020-2023;
- l) di aver svolto gli incarichi specificati nell'allegato al modello di domanda ai fini del calcolo del punteggio di anzianità di servizio di cui all'art. 3, titolo II "Titoli di servizio", ACN vigente. Per ciascun incarico il candidato dovrà specificare l'azienda e la struttura in cui ha svolto l'attività, la tipologia di attività convenzionata, orari, periodi di riferimento effettivamente svolti.

5. La domanda dovrà essere sottoscritta dal candidato a pena di nullità della stessa. La firma non dovrà essere autenticata. **Alla domanda dovrà essere allegata copia di un documento di identità in corso di validità**. I candidati non dovranno allegare alla domanda alcuna documentazione comprovante le dichiarazioni riferite a titoli conseguiti in Italia. Nel caso di titoli conseguiti all'estero, questi devono essere riconosciuti equiparati all'analogo titolo di studio acquisito in Italia, secondo normativa vigente. L'amministrazione effettuerà idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese in domanda riservandosi la possibilità di richiedere la documentazione relativa ai titoli conseguiti presso struttura estera.

6. Il candidato deve indicare nella domanda l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (nominativa personale e inequivocabilmente riconducibile all'interessato) che, per tutta la durata del corso costituirà domicilio digitale presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa al corso. Il candidato dovrà comunicare le eventuali variazioni di domicilio, anche digitale, o recapito che si

verifichino successivamente alla presentazione della domanda al seguente indirizzo PEC [serv.politsanitarie@pec.provincia.tn.it](mailto:serv.politsanitarie@pec.provincia.tn.it), precisando nell'oggetto il seguente riferimento: "Ammissione al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale triennio 2020-2023 tramite graduatoria riservata".

7. L'amministrazione non si assume responsabilità per la dispersione delle domande o comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del candidato, oppure mancato o tardivo aggiornamento dei recapiti indicati nella domanda, né per eventuali disguidi informatici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o a forza maggiore.

8. Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per l'ipotesi di dichiarazioni mendaci, qualora dai controlli emerga la non veridicità della dichiarazione resa dal candidato che presenta la domanda, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000, il medesimo decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

#### *Art. 4 – Graduatoria e procedura di ammissione*

1. La Provincia Autonoma di Trento, tramite il Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza, come previsto dall'art. 12, comma 3, del decreto legge n. 35 del 2019, convertito dalla legge n. 60 del 2019, procede alla formulazione della graduatoria in base al punteggio di anzianità di servizio attribuito sulla base dei criteri previsti dall'Accordo collettivo nazionale vigente - Articolo 3, titolo II "Titoli di servizio", ACN e maturati alla data di scadenza della presentazione della domanda di partecipazione al presente avviso. I medici sono ammessi nel limite dei posti utili indicati all'art. 1.

2. In caso di parità di punteggio, si fa riferimento al vigente Accordo Collettivo Nazionale art. 3, comma 6.

3. Dell'inserimento in graduatoria viene data comunicazione agli interessati da parte del Servizio Politiche sanitarie e per la non autosufficienza a mezzo di pubblicazione della graduatoria stessa nel Bollettino ufficiale della Regione Trentino Alto Adige, sul sito internet <https://www.trentinosalute.net/Arree-tematiche/Formazione-e-operatori/Corso-di-formazione-specifica-in-medicina-generale/2020-2023> e sua affissione presso l'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Provincia Autonoma di Trento.

4. Il Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza procede, su istanza degli interessati, presentata entro dieci giorni dalla pubblicazione della graduatoria nel Bollettino ufficiale della Regione Trentino Alto Adige, alla correzione di eventuali errori materiali ed alla conseguente modifica della graduatoria stessa, dandone comunicazione mediante pubblicazione nel Bollettino ufficiale della Regione Trentino Alto Adige.

5. Gli interessati, ai sensi della L. 241/90 e successive modificazioni ed integrazioni, possono chiedere l'accesso agli atti relativi alla procedura entro 30 giorni dalla pubblicazione della graduatoria di cui al comma 1 sul Bollettino Ufficiale.

6. Tutte le informazioni sulla graduatoria e sulle attività conseguenti saranno reperibili anche al sito internet <https://www.trentinosalute.net/Arree-tematiche/Formazione-e-operatori/Corso-di-formazione-specifica-in-medicina-generale/2020-2023>.

### *Art. 5 Tutela dati personali*

1. I dati personali relativi ai candidati saranno trattati ai sensi del Regolamento Europeo sulla Protezione Dati GDPR 2016/679 e delle disposizioni nazionali in materia, in particolare il Decreto Legislativo 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) come modificato dal Decreto Legislativo 101 del 10 agosto 2018.
2. A tal proposito il candidato dovrà dichiarare di aver ricevuto e preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento europeo n. 679/2016, sottoscrivendo l'apposita modulistica allegata alla domanda.

### *Art. 6 – Posta Elettronica Certificata*

1. Il candidato, come disposto dal comma 7, art. 16 del D.L. 185/2008 convertito con Legge n. 2/2009, per tutta la durata del corso dovrà necessariamente avere un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) attivo, personale, obbligatoriamente riconducibile univocamente alla propria persona, rilasciato da gestore ufficiale riconosciuto che costituirà, ai sensi del comma 4, art. 3bis del D. Lgs. 82/2005 il proprio domicilio digitale.
2. Il candidato dovrà comunicare le eventuali variazioni di domicilio, anche digitale, o recapito che si verifichino successivamente alla presentazione della domanda. L'amministrazione non si assume responsabilità dipendenti da inesatte indicazioni del candidato oppure mancato o tardivo aggiornamento dei recapiti indicati nella domanda, né per eventuali disguidi informatici comunque imputabili a terzi, a caso fortuito o forza maggiore.
3. La mancata consultazione da parte del candidato della propria casella di posta elettronica certificata esonera l'amministrazione da ogni responsabilità.

### *Art. 7 - Irricevibilità della domanda, cause di esclusione e di mancato inserimento nella graduatoria riservata*

1. Sono irricevibili le domande presentate in forma e/o con modalità diverse da quelle previste all'art. 3 del presente avviso.
2. Sono esclusi i candidati non in possesso dei requisiti previsti dall'art. 2, comma 1 e comma 2 lett. a), b), c) d) ed e), nelle relative tempistiche previste.
3. L'irricevibilità della domanda o il mancato inserimento nella graduatoria riservata saranno resi noti al candidato tramite comunicazione personale all'indirizzo PEC indicato nella domanda. In caso di mancata comunicazione di un indirizzo pec valido e funzionante, la mancata ammissione sarà ritenuta validamente notificata se spedita a mezzo posta con raccomandata A.R. all'indirizzo di residenza dichiarato nella domanda.

### *Art. 8 - Ammissione al corso*

1. Ai candidati utilmente collocati nella graduatoria provinciale riservata, nel limite dei posti fissati dall'articolo 1, il Servizio competente politiche sanitarie e per la non autosufficienza darà comunicazione scritta all'indirizzo pec del candidato dell'ammissione al corso triennale 2020 - 2023 e della data di avvio ufficiale del corso di formazione.

2. Nella pec di comunicazione verranno specificate anche le modalità e le tempistiche per accettare o rifiutare l'inserimento nel corso, nonché fornita l'apposita modulistica.
3. Entro 3 giorni lavorativi a decorrere dal giorno seguente alla trasmissione della comunicazione di cui ai punti precedenti, il candidato dovrà far pervenire l'accettazione o il rifiuto all'inserimento al Corso con le modalità indicate nella medesima comunicazione di ammissione al corso. In caso di mancata comunicazione entro il termine suddetto, il candidato si considera decaduto.
4. I candidati utilmente collocati nella graduatoria - ma non ancora in possesso del requisito dell'iscrizione ad un albo professionale dei medici chirurghi di un Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Repubblica Italiana alla data di scadenza del presente avviso - **prima dell'inizio ufficiale del corso, dovranno inviare a mezzo PEC**, all'indirizzo `serv.politsanitarie@pec.provincia.tn.it` comunicazione con la quale, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, dichiarano **di essere iscritti ad un albo professionale dei medici chirurghi di un Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Repubblica Italiana**, indicando la provincia e il numero di iscrizione.  
**In mancanza della dichiarazione di cui sopra, i candidati interessati non saranno ammessi a frequentare il corso.**
5. I candidati utilmente collocati nella graduatoria degli iscritti a scuole di specializzazione in medicina e chirurgia sono ammessi a frequentare il corso subordinatamente alla dichiarazione con la quale l'interessato:
  - a) esplicita la volontà di intraprendere il corso triennale previsto per la formazione specifica in Medicina Generale, che comporta impegno a tempo pieno;
  - b) rinuncia al percorso formativo specialistico o al dottorato di ricerca già intrapreso, incompatibile.

#### *Art. 9 - Utilizzazione della graduatoria*

1. La graduatoria di merito dei candidati può essere utilizzata per assegnare, secondo l'ordine della graduatoria stessa, i posti che si siano resi vacanti per cancellazione, rinuncia, decadenza o altri motivi fino al termine massimo di 60 (sessanta) giorni dalla data di avvio del corso.
2. Lo scorrimento della graduatoria viene effettuata con le modalità indicate ai punti 1., 2. e 3. del precedente art.8.
3. Il Servizio Politiche sanitarie e per la non autosufficienza si riserva la facoltà di adottare altre modalità utili a consentire la più rapida convocazione dei candidati, ivi compresa la convocazione personale degli stessi qualora in prossimità della scadenza del termine utile per lo scorrimento della graduatoria ci fossero ancora posti vacanti.
4. Decorso il suddetto termine, la graduatoria non potrà essere utilizzata né per l'inserimento al corso relativo al triennio 2020-2023, né per l'inserimento ai successivi trienni formativi.

#### *Art. 10 - Trasferimenti ad altra Regione*

1. In presenza di sopravvenute esigenze personali, è previsto il trasferimento del medico ammesso tramite graduatoria riservata tra Regioni o tra Regione e Provincia autonoma solo qualora:
  - a) nella sede accettante non siano stati utilizzati tutti i posti messi a disposizione per l'ammissione tramite graduatoria riservata o successivamente resisi vacanti nella stessa annualità di corso;

- b) sia stato acquisito il parere favorevole sia della Regione o Provincia autonoma di provenienza che di quella di destinazione;
- c) il medico in formazione, a giudizio della Regione accettante, possa effettuare agevolmente il completamento dei periodi di corso non ancora effettuati.

#### *Art. 11 – Assicurazione*

1. I medici frequentanti il corso di formazione debbono essere coperti da adeguata copertura assicurativa contro i rischi professionali e gli infortuni connessi all'attività di formazione, con oneri a proprio carico, secondo le condizioni generali indicate dalla Provincia Autonoma di Trento nell'ambito del Piano triennale della formazione degli operatori del sistema sanitario provinciale adottato dalla Giunta provinciale ai sensi dell'articolo 24 della legge provinciale n. 16/2010.

#### *Art. 12 - Disciplina del corso - rinvio*

1. L'inizio del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale 2020-2023 è previsto entro il mese di aprile 2021, ha durata di tre anni (36 mesi effettivi per ogni medico in formazione) e comporta un impegno dei partecipanti a tempo pieno, con obbligo della frequenza alle attività didattiche teoriche e pratiche previste.

2. Il corso si articola in attività didattiche pratiche e attività didattiche teoriche da svolgersi in strutture del servizio sanitario nazionale e/o nell'ambito di uno studio di medicina generale individuati dalla Provincia Autonoma di Trento. La formazione prevede un totale di almeno 4.800 ore, di cui 2/3 rivolti all'attività formativa di natura pratica, e comporta la partecipazione personale del medico discente alla totalità delle attività mediche del servizio, nel quale si effettua la formazione, all'attività professionale e l'assunzione delle responsabilità connesse all'attività svolta.

3. La frequenza del corso non comporta l'instaurazione di un rapporto di dipendenza o lavoro convenzionale né con il Servizio Sanitario nazionale né con i medici tutori.

4. Per tutto quanto non previsto nel presente Bando si fa rinvio alla disciplina contenuta nel D. Lgs. 17.8.1999 n. 368, nel Decreto del Ministero della Salute 7 marzo 2006, e successive loro modificazioni.

5. Ulteriori informazioni relative all'organizzazione del corso, sono reperibili sul sito internet <http://www.scuolamgtn.it>.

#### *Art. 13 – Incompatibilità, Attività lavorativa e frequenza del corso*

1. Ai medici ammessi a frequentare il corso sono applicate le incompatibilità ordinarie previste dall'art. 11 del D.M. 07.03.2006, ivi comprese le eccezioni di cui all'art. 19 comma 11 della L. 448/2001.
2. Tali medici, laddove partecipino all'assegnazione degli incarichi convenzionali (cd incarichi temporanei), di cui all'art. 9, comma 1, del D.L. 135/2018, convertito in legge con modificazioni n. 12/2019, entro i limiti temporali (fino al 31.12.2021), territoriali e di massimale, nonché secondo gli ordini di priorità previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale vigente, potranno derogare al regime di incompatibilità previsto dall'art. 11 del D.M. 07.03.2006, limitatamente a tali incarichi.
3. In applicazione dell'accordo collettivo nazionale con i medici di medicina generale vigente, ai medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale che acquisiscono incarichi

temporanei di assistenza primaria si applica un massimale di 500 scelte limitatamente al restante periodo di frequenza del corso, fatta salva la possibilità per le Regioni/Provincia Autonoma in base alla loro programmazione, di incrementare tale limite fino ad un massimo del 30%, secondo modalità da definire nell'AIR/ACP. Ai medici che acquisiscono incarichi temporanei di continuità assistenziale, sempre limitatamente al restante periodo di frequenza del corso, si applica un massimale di 24 ore settimanali, mentre per i medici dell'emergenza sanitaria territoriale si applica una sospensione parziale dell'attività convenzionale, ai fini giuridici ed economici, pari a 14 ore settimanali.

4. Il superamento dei massimali sopra indicati comporta l'incompatibilità con la frequenza del corso.
5. Il medico iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale non può essere titolare contemporaneamente di più di una delle funzioni convenzionali (assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale).
6. Il medico in formazione è comunque tenuto a garantire la regolare frequenza a tempo pieno delle attività formative del corso, sia teoriche che pratiche. La formazione a tempo pieno implica che il medico in formazione dedichi a tale formazione pratica e teorica tutta la sua attività professionale per l'intera durata della normale settimana lavorativa e per tutta la durata dell'anno.
7. Ai sensi del DM 7 marzo 2006, prima dell'inizio del corso gli interessati dovranno produrre dichiarazioni sostitutive di atto notorio ai sensi del DPR 445/2000, e successive modificazioni, attestanti la non sussistenza di cause di incompatibilità ovvero dichiarazioni di rinuncia ai suddetti rapporti incompatibili.
8. In ogni caso, qualora i medici ammessi al Corso siano già titolari di incarichi, ancorché provvisori, convenzionali o libero professionali, al momento dell'inserimento al Corso dovranno preventivamente rinunciare ai suddetti incarichi.

#### *Art. 14 - Procedimento*

1. Il termine entro il quale dovrà concludersi la procedura selettiva con l'adozione del provvedimento di approvazione della graduatoria finale è il 30 aprile 2021.

Codice modulo:. 009869

Alla  
Provincia Autonoma di Trento  
Servizio Politiche sanitarie e per la non  
autosufficienza  
Via Gilli, 4  
38121 TRENTO  
[serv.politsanitarie@pec.provincia.tn.it](mailto:serv.politsanitarie@pec.provincia.tn.it)

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA  
IN MEDICINA GENERALE 2020/2023 TRAMITE GRADUATORIA RISERVATA  
EX ARTICOLO 12 COMMA 4 DEL D.L. 35/2019 SICCOME CONVERTITO CON L 60/2019**

*(Compilare in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile)*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome)  
nato/a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_ )  
in via/piazza \_\_\_\_\_ n.civico \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
telefono fisso \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
PEC \_\_\_\_\_ (indirizzo pec obbligatorio)  
E-MAIL \_\_\_\_\_

CHIEDE

ai sensi dell'art. 12 comma 3 del DL 35/2019 convertito con L. 60/2019 e della deliberazione di Giunta provinciale n. 1335 del 4 settembre 2020, di essere ammesso/a tramite graduatoria riservata, senza borsa di studio, al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2020/2023 di cui al D. Lgs. n. 368 del 17.8.1999 e s.m., organizzato a tempo pieno,

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Modulo certificato ai sensi dell'art. 9, comma 4, della l.p. 23/1992 e approvato con deliberazione di Giunta provinciale n. 1335 del 4 settembre 2020.



Codice modulo: 009869

## DICHIARA

**barrare solo una tra le condizioni di seguito 1) o 2) o 3)**

1. di essere:

 italiano cittadino di Stato membro dell'Unione Europea \_\_\_\_\_ (indicare la cittadinanza di Stato dell'Unione Europea)

2. di essere cittadino \_\_\_\_\_ (indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'UE)

non avente cittadinanza di Stato membro UE, di essere familiare di \_\_\_\_\_

(indicare COGNOME e NOME del familiare)

cittadino di \_\_\_\_\_ Stato membro UE e in possesso di uno dei

(indicare la cittadinanza del familiare)

seguenti requisiti previsti dal comma 1, art. 38 del D. Lgs. 165/2001 e smi:

 titolarità del diritto di soggiorno in corso di validità, attestato mediante titolo di soggiorno rilasciato dalla Questura di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ titolarità del diritto di soggiorno permanente in corso di validità, attestato mediante carta di soggiorno permanente per familiari di cittadini europei, rilasciata dalla Questura di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

3. di essere cittadino \_\_\_\_\_ (indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'UE) non avente cittadinanza di Stato membro UE in possesso di una delle seguenti condizioni previste dal comma 3bis, art. 38 del D. Lgs. 165/2001 e smi

 titolarità di permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in corso di validità, rilasciato dalla Questura di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ titolarità dello status di rifugiato politico in corso di validità, attestata mediante permesso di soggiorno, rilasciato dalla Questura di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ titolarità dello status di protezione sussidiaria in corso di validità, attestato mediante permesso di soggiorno, rilasciato dalla Questura di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

4. di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il \_\_\_\_\_ (gg/mm/anno) presso l'Università di \_\_\_\_\_, con la votazione di \_\_\_\_\_ (specificare se il voto è espresso su base 110 o su base 100);

5. di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, conseguito:

 presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_OVVERO (**per coloro che hanno acquisito l'abilitazione all'estero**). con Decreto Ministeriale numero \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Codice modulo: 009869

**6. barrare solo una tra le condizioni a) e b)**

- a)  di essere iscritto/a all'albo dell'ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri di \_\_\_\_\_ con il numero \_\_\_\_\_
- b)  di NON essere iscritto/a all'albo dell'ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri;

7. di essere risultato idoneo al concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale della Provincia Autonoma di Trento relativo al triennio \_\_\_\_\_;

8. di essere stato incaricato, nell'ambito delle funzioni convenzionali previste dall'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per almeno ventiquattro mesi, anche non continuativi, nei dieci anni antecedenti alla data di scadenza della presentazione della domanda di partecipazione al concorso per l'accesso al corso di formazione specifica in medicina generale relativo agli anni 2020/2023;

Il sottoscritto dichiara inoltre:

9. di non avere presentato domanda di inserimento nella graduatoria riservata, senza borsa di studio, al corso di formazione specifica in medicina generale 2020/2023 in altra Regione o Provincia autonoma, pena l'esclusione dal corso qualora la circostanza venisse appurata successivamente;

**10. barrare solo una tra le condizioni a) e b)**

- a) di non essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia o dottorato di ricerca
- b) di essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia o dottorato di ricerca \_\_\_\_\_ (indicare Scuola di Specializzazione/dottorato e Università)

11. di accettare tutte le disposizioni dell'Avviso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale 2020/2023 della Provincia Autonoma di Trento tramite graduatoria riservata ex articolo 12 co 3 del D.L. n. 35/2009 convertito con L. 60/2019.

Comunica i seguenti ulteriori recapiti:

Residenza/domicilio:

città \_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_)

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n.civico \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

recapiti telefonici:

telefono fisso \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

impegnandosi a comunicare eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'Amministrazione provinciale non si assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Luogo

Data

Firma dell'interessato

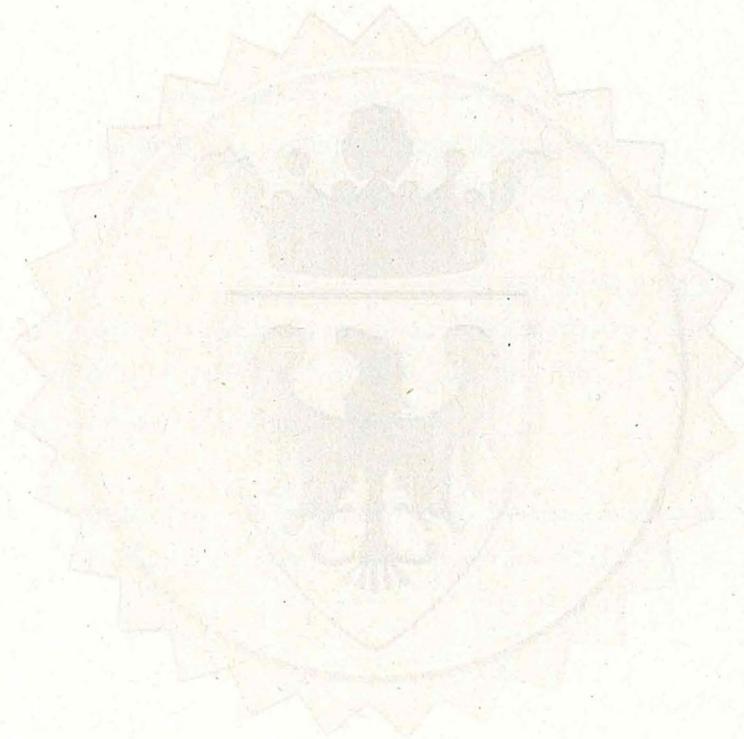
\_\_\_\_\_



Codice modulo.: 009869

**Si allega la seguente documentazione:**

- n. \_\_\_ dichiarazioni sostitutive di atto notorio relative ai titoli di servizio di cui all'art. 3, Titolo II "Titoli di servizio", ACN vigente.
- Informativa per la privacy ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679 del 2016 sottoscritta.
- fotocopia di un documento d'identità del richiedente (se la domanda è sottoscritta con firma autografa e non in presenza del dipendente addetto)





Codice modulo: 009869

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ medico \*\* ..... A.S.L.....

**4. Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale del titolare e sostituzioni d'ufficio, anche se di durata inferiore a 5 giorni continuativi. (0,20 per mese) \***

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ medico \*\* ..... A.S.L.....

**5. Stessa attività di cui al punto precedente effettuata su base oraria: (p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività) \***

Anno..... A.S.L ..... \*\* di \_\_\_\_\_

Gennaio dal ..... al ..... ore _____	Luglio dal ..... al ..... ore _____
Febbraio dal ..... al ..... ore _____	Agosto dal ..... al ..... ore _____
Marzo dal ..... al ..... ore _____	Settembre dal ..... al ..... ore _____
Aprile dal ..... al ..... ore _____	Ottobre dal ..... al ..... ore _____
Maggio dal ..... al ..... ore _____	Novembre dal ..... al ..... ore _____
Giugno dal ..... al ..... ore _____	Dicembre dal ..... al ..... ore _____

**6. Servizio effettivo di medico di continuità assistenziale  medico di assistenza penitenziaria/servizio effettivo in convenzionamento svolto presso gli Istituti penitenziari  a tempo indeterminato , determinato , provvisorio  di sostituzione : (barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)**

(p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività) \*

Anno..... A.S.L ..... \*\* di \_\_\_\_\_

Gennaio dal ..... al ..... ore _____	Luglio dal ..... al ..... ore _____
Febbraio dal ..... al ..... ore _____	Agosto dal ..... al ..... ore _____
Marzo dal ..... al ..... ore _____	Settembre dal ..... al ..... ore _____
Aprile dal ..... al ..... ore _____	Ottobre dal ..... al ..... ore _____
Maggio dal ..... al ..... ore _____	Novembre dal ..... al ..... ore _____
Giugno dal ..... al ..... ore _____	Dicembre dal ..... al ..... ore _____

**Totale ore \_\_\_\_\_**

Anno..... A.S.L ..... \*\* di \_\_\_\_\_

Gennaio dal ..... al ..... ore _____	Luglio dal ..... al ..... ore _____
Febbraio dal ..... al ..... ore _____	Agosto dal ..... al ..... ore _____
Marzo dal ..... al ..... ore _____	Settembre dal ..... al ..... ore _____
Aprile dal ..... al ..... ore _____	Ottobre dal ..... al ..... ore _____
Maggio dal ..... al ..... ore _____	Novembre dal ..... al ..... ore _____
Giugno dal ..... al ..... ore _____	Dicembre dal ..... al ..... ore _____



Codice modulo: 009869

**Totale ore** \_\_\_\_\_

Anno..... A.S.L ..... \*\* di \_\_\_\_\_

Gennaio dal ..... al ..... ore _____	Luglio dal ..... al ..... ore _____
Febbraio dal ..... al ..... ore _____	Agosto dal ..... al ..... ore _____
Marzo dal ..... al ..... ore _____	Settembre dal ..... al ..... ore _____
Aprile dal ..... al ..... ore _____	Ottobre dal ..... al ..... ore _____
Maggio dal ..... al ..... ore _____	Novembre dal ..... al ..... ore _____
Giugno dal ..... al ..... ore _____	Dicembre dal ..... al ..... ore _____

**Totale ore** \_\_\_\_\_

Anno..... A.S.L ..... \*\* di \_\_\_\_\_

Gennaio dal ..... al ..... ore _____	Luglio dal ..... al ..... ore _____
Febbraio dal ..... al ..... ore _____	Agosto dal ..... al ..... ore _____
Marzo dal ..... al ..... ore _____	Settembre dal ..... al ..... ore _____
Aprile dal ..... al ..... ore _____	Ottobre dal ..... al ..... ore _____
Maggio dal ..... al ..... ore _____	Novembre dal ..... al ..... ore _____
Giugno dal ..... al ..... ore _____	Dicembre dal ..... al ..... ore _____

**Totale ore** \_\_\_\_\_

Anno..... A.S.L ..... \*\* di \_\_\_\_\_

Gennaio dal ..... al ..... ore _____	Luglio dal ..... al ..... ore _____
Febbraio dal ..... al ..... ore _____	Agosto dal ..... al ..... ore _____
Marzo dal ..... al ..... ore _____	Settembre dal ..... al ..... ore _____
Aprile dal ..... al ..... ore _____	Ottobre dal ..... al ..... ore _____
Maggio dal ..... al ..... ore _____	Novembre dal ..... al ..... ore _____
Giugno dal ..... al ..... ore _____	Dicembre dal ..... al ..... ore _____

**Totale ore** \_\_\_\_\_

Anno..... A.S.L ..... \*\* di \_\_\_\_\_

Gennaio dal ..... al ..... ore _____	Luglio dal ..... al ..... ore _____
Febbraio dal ..... al ..... ore _____	Agosto dal ..... al ..... ore _____
Marzo dal ..... al ..... ore _____	Settembre dal ..... al ..... ore _____
Aprile dal ..... al ..... ore _____	Ottobre dal ..... al ..... ore _____
Maggio dal ..... al ..... ore _____	Novembre dal ..... al ..... ore _____
Giugno dal ..... al ..... ore _____	Dicembre dal ..... al ..... ore _____

**Totale ore** \_\_\_\_\_

Anno..... A.S.L ..... \*\* di \_\_\_\_\_

Gennaio dal ..... al ..... ore _____	Luglio dal ..... al ..... ore _____
Febbraio dal ..... al ..... ore _____	Agosto dal ..... al ..... ore _____
Marzo dal ..... al ..... ore _____	Settembre dal ..... al ..... ore _____
Aprile dal ..... al ..... ore _____	Ottobre dal ..... al ..... ore _____
Maggio dal ..... al ..... ore _____	Novembre dal ..... al ..... ore _____
Giugno dal ..... al ..... ore _____	Dicembre dal ..... al ..... ore _____

**Totale ore** \_\_\_\_\_



Codice modulo.: 009869

7. Servizio effettivo nella emergenza sanitaria territoriale, con incarico a tempo indeterminato  determinato  provvisorio  o di sostituzione : (p.0,20 per mese di attività) \*

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ A.S.L. \*\* .....

8. Servizio effettivo nella medicina dei servizi territoriali con incarico a tempo indeterminato  o di sostituzione : (barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio) (p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività) \*

Anno..... A.S.L. .... \*\* di \_\_\_\_\_
Gennaio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Luglio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_
Febbraio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Agosto dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_
Marzo dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Settembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_
Aprile dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Ottobre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_
Maggio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Novembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_
Giugno dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Dicembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_
Totale ore \_\_\_\_\_

Anno..... A.S.L. .... \*\* di \_\_\_\_\_
Gennaio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Luglio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_
Febbraio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Agosto dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_
Marzo dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Settembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_
Aprile dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Ottobre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_
Maggio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Novembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_
Giugno dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Dicembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_
Totale ore \_\_\_\_\_

Anno..... A.S.L. .... \*\* di \_\_\_\_\_
Gennaio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Luglio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_
Febbraio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Agosto dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_
Marzo dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Settembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_
Aprile dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Ottobre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_
Maggio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Novembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_
Giugno dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Dicembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_
Totale ore \_\_\_\_\_

9. Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari sia a tempo indeterminato che di sostituzione per conto del Ministero di Giustizia, ai sensi della Legge 9 ottobre 1970 n. 740:

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Istituto .....



Codice modulo: 009869

**10. Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate:** (p.0,10 per mese ragguagliato a 52 ore di attività)\*

Anno..... A.S.L .....\*\* di \_\_\_\_\_

Gennaio dal ..... al ..... ore _____	Luglio dal ..... al ..... ore _____
Febbraio dal ..... al ..... ore _____	Agosto dal ..... al ..... ore _____
Marzo dal ..... al ..... ore _____	Settembre dal ..... al ..... ore _____
Aprile dal ..... al ..... ore _____	Ottobre dal ..... al ..... ore _____
Maggio dal ..... al ..... ore _____	Novembre dal ..... al ..... ore _____
Giugno dal ..... al ..... ore _____	Dicembre dal ..... al ..... ore _____

**Totale ore** \_\_\_\_\_

Anno..... A.S.L .....\*\* di \_\_\_\_\_

Gennaio dal ..... al ..... ore _____	Luglio dal ..... al ..... ore _____
Febbraio dal ..... al ..... ore _____	Agosto dal ..... al ..... ore _____
Marzo dal ..... al ..... ore _____	Settembre dal ..... al ..... ore _____
Aprile dal ..... al ..... ore _____	Ottobre dal ..... al ..... ore _____
Maggio dal ..... al ..... ore _____	Novembre dal ..... al ..... ore _____
Giugno dal ..... al ..... ore _____	Dicembre dal ..... al ..... ore _____

**Totale ore** \_\_\_\_\_

**11. Attività medica di assistenza ai turisti, organizzata dalle Regioni o dalle Aziende UU.SS.LL:** (p. 0,20 per mese di attività) \*

ASL** .....	di .....	dal	___/___/___	al	___/___/___
ASL** .....	di .....	dal	___/___/___	al	___/___/___
ASL** .....	di .....	dal	___/___/___	al	___/___/___
ASL** .....	di .....	dal	___/___/___	al	___/___/___
ASL** .....	di .....	dal	___/___/___	al	___/___/___
ASL** .....	di .....	dal	___/___/___	al	___/___/___
ASL** .....	di .....	dal	___/___/___	al	___/___/___

**12. Turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali**  **di continuità assistenziale**  **di emergenza sanitaria territoriale , ai sensi del presente Accordo** *(barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio):*

(p.0,05 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)\*

Anno..... A.S.L\*\*..... di ..... Servizio di : \_\_\_\_\_

Gennaio dal ..... al ..... ore _____	Luglio dal ..... al ..... ore _____
Febbraio dal ..... al ..... ore _____	Agosto dal ..... al ..... ore _____
Marzo dal ..... al ..... ore _____	Settembre dal ..... al ..... ore _____
Aprile dal ..... al ..... ore _____	Ottobre dal ..... al ..... ore _____
Maggio dal ..... al ..... ore _____	Novembre dal ..... al ..... ore _____
Giugno dal ..... al ..... ore _____	Dicembre dal ..... al ..... ore _____

**Totale ore** \_\_\_\_\_



Codice modulo: 009869

Anno..... A.S.L.\*\*..... di ..... Servizio di : \_\_\_\_\_

Gennaio dal ..... al ..... ore _____	Luglio dal ..... al ..... ore _____
Febbraio dal ..... al ..... ore _____	Agosto dal ..... al ..... ore _____
Marzo dal ..... al ..... ore _____	Settembre dal ..... al ..... ore _____
Aprile dal ..... al ..... ore _____	Ottobre dal ..... al ..... ore _____
Maggio dal ..... al ..... ore _____	Novembre dal ..... al ..... ore _____
Giugno dal ..... al ..... ore _____	Dicembre dal ..... al ..... ore _____

**Totale ore** \_\_\_\_\_

Anno..... A.S.L.\*\*..... di ..... Servizio di : \_\_\_\_\_

Gennaio dal ..... al ..... ore _____	Luglio dal ..... al ..... ore _____
Febbraio dal ..... al ..... ore _____	Agosto dal ..... al ..... ore _____
Marzo dal ..... al ..... ore _____	Settembre dal ..... al ..... ore _____
Aprile dal ..... al ..... ore _____	Ottobre dal ..... al ..... ore _____
Maggio dal ..... al ..... ore _____	Novembre dal ..... al ..... ore _____
Giugno dal ..... al ..... ore _____	Dicembre dal ..... al ..... ore _____

**Totale ore** \_\_\_\_\_

Anno..... A.S.L.\*\*..... di ..... Servizio di : \_\_\_\_\_

Gennaio dal ..... al ..... ore _____	Luglio dal ..... al ..... ore _____
Febbraio dal ..... al ..... ore _____	Agosto dal ..... al ..... ore _____
Marzo dal ..... al ..... ore _____	Settembre dal ..... al ..... ore _____
Aprile dal ..... al ..... ore _____	Ottobre dal ..... al ..... ore _____
Maggio dal ..... al ..... ore _____	Novembre dal ..... al ..... ore _____
Giugno dal ..... al ..... ore _____	Dicembre dal ..... al ..... ore _____

**Totale ore** \_\_\_\_\_

**13. Attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 gg. continuativi:** *(p. 0,10 per mese di attività)\**

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ medico \*\*..... A.S.L. ....

**14. Attività di medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna , medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici , medico generico fiduciario , medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di assistenza ai naviganti : (barrare l'opzione)**



Codice modulo: 009869

(p. 0,05 per mese di attività)\*

Ente \*\*..... di ..... dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Ente \*\*..... di ..... dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Ente \*\*..... di ..... dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 A.S.L. \*\*..... di ..... dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 A.S.L. \*\*..... di ..... dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**15. Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia:**  
 (p.0,10 per mese)

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso .....

**16. Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento, svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda sanitaria nell'area della medicina generale, e solo per il periodo concomitante con tale incarico:**  
 (p.0,20 per mese)

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso .....

**17. Servizio civile volontario espletato per finalità o scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge 6 marzo 2001 n. 64 istitutiva del "Servizio civile nazionale", svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia:**  
 (massimo 12 mesi - p. 0,10 per mese di attività,)

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Servizio:.....svolto presso \*\*.....  
 dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Servizio:.....svolto presso \*\*.....

**18: Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge 6 marzo 2001 n. 64 istitutiva del "Servizio civile nazionale", svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico:**  
 (p.0,20 per mese)

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Servizio:.....svolto presso \*\*.....  
 dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Servizio:.....svolto presso \*\*.....

**19. Attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo  o medico di Polizia di Stato  (barrare l'opzione)**  
 (p. 0,20 per mese di attività)\*

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso .....

**20. Servizio prestato presso aziende termali private accreditate (con le modalità di cui all'art. 8 legge 24 ottobre 2000 n. 323), equiparato all'attività di continuità assistenziale, in qualità di dipendente a tempo pieno con rapporto di lavoro esclusivo e orario non inferiore a 35 ore settimanali: (indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)**  
 (p. 0,20 per mese di attività)\*

Anno..... Stabilimento Termale \*\*..... Comune di .....

Gennaio dal ..... al ..... ore _____	Luglio dal ..... al ..... ore _____
Febbraio dal ..... al ..... ore _____	Agosto dal ..... al ..... ore _____
Marzo dal ..... al ..... ore _____	Settembre dal ..... al ..... ore _____



Codice modulo: 009869

Aprile dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
 Maggio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
 Giugno dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
 Ottobre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
 Novembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
 Dicembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Anno ..... Stabilimento Termale \*\* ..... Comune di .....

Gennaio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
 Febbraio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
 Marzo dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
 Aprile dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
 Maggio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
 Giugno dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
 Luglio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
 Agosto dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
 Settembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
 Ottobre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
 Novembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
 Dicembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Totale ore \_\_\_\_\_

**21. Servizio effettivo, svolto in paesi della Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale; servizio prestato ai sensi della legge 11 agosto 2014, n. 125 ed assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del D.M. 1° settembre 1988, n. 430:**

(p. 0,20 per mese di attività)\*

Ente \*\* ..... Stato ..... dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Ente \*\* ..... Stato ..... dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Ente \*\* ..... Stato ..... dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Ente \*\* ..... Stato ..... dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Ente \*\* ..... Stato ..... dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**La sottoscritta dichiara di aver usufruito di astensione anticipata o di astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio nei seguenti periodi:**

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso Azienda .....  
 dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso Azienda .....  
 dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso Azienda .....  
 dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso Azienda .....

**Il sottoscritto dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero**

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma per esteso \_\_\_\_\_

\* per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il prospetto

\*\* inserire nello spazio il nominativo del medico sostituito o dell'ente e negli spazi sotto riportati i recapiti degli Enti indicati



Codice modulo: 009869

**RECAPITI DEGLI ENTI/ASL/ISTITUTI INDICATI NELLA PRESENTE DOMANDA**  
(per inserire ulteriori informazioni il medico può fotocopiare il presente prospetto)

*Ai sensi della L. 12/11/2011, n. 183, recante modifiche al D.P.R. 445/2000 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), le amministrazioni pubbliche sono tenute ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti.*

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_



Codice modulo: 009869

**(Allegato alla domanda di ammissione al corso di formazione specifica in medicina generale 2019/2021 tramite graduatoria riservata ex art. 12 comma 3 del D.L. 35/2019, convertito con L. 60/2019)**

Mod. (I) – copia per l'Amministrazione  
Ed. n. 1 – 2019

**INFORMATIVA**  
**EX ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE n. 679 del 2016**

Il Regolamento Europeo UE/2016/679 (di seguito il "Regolamento") stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

In osservanza del principio di trasparenza previsto dall'art. 5 del Regolamento, la Provincia autonoma di Trento Le fornisce le informazioni richieste dagli artt. 13 e 14 del Regolamento (rispettivamente, raccolta dati presso l'Interessato e presso terzi).

**Titolare del trattamento** dei dati personali è la Provincia autonoma di Trento (di seguito, il "Titolare"), nella persona del legale rappresentante (Presidente della Giunta Provinciale in carica), Piazza Dante n. 15, 38122 – Trento, tel. 0461.494697, fax 0461.494603 e-mail [direzionegenerale@provincia.tn.it](mailto:direzionegenerale@provincia.tn.it), pec [segret.generale@pec.provincia.tn.it](mailto:segret.generale@pec.provincia.tn.it).

Preposto al trattamento è il Dirigente *pro tempore* del Servizio Politiche sanitarie e per la non autosufficienza; i dati di contatto sono: indirizzo Via Gilli n. 4 - Trento, tel. 0461.494165, fax 0461.494109, e-mail [serv.politsanitarie@provincia.tn.it](mailto:serv.politsanitarie@provincia.tn.it). Il Preposto è anche il **sogetto designato per il riscontro** all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 15 – 22 del Regolamento, di seguito descritti.

I dati di contatto del **Responsabile della protezione dei dati** (RPD) sono: via Mantova n. 67, 38122 – Trento, fax 0461.499277, e-mail [idprivacy@provincia.tn.it](mailto:idprivacy@provincia.tn.it) (indicare, nell'oggetto: "Richiesta intervento RPD ex art. 38 Reg. UE").

Il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato al rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali e, in particolare, ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, di limitazione della conservazione, nonché di minimizzazione dei dati in conformità agli artt. 5 e 25 del Regolamento.

**1. FONTE DEI DATI PERSONALI**

I Suoi dati

- sono stati raccolti presso .....
- provengono dalle seguenti fonti accessibili al pubblico: .....
- sono stati raccolti presso l'Interessato (Lei medesimo).

**2. CATEGORIA DI DATI PERSONALI (INFORMAZIONE FORNITA SOLO SE I DATI SONO RACCOLTI PRESSO TERZI)**

I dati personali trattati appartengono alla/e seguente/i categoria/e:

- dati personali diversi da particolari categorie di dati (c.d. dati comuni);
- dati personali appartenenti a particolari categorie di dati (c.d. dati sensibili);
- dati personali relativi a condanne penali e reati (c.d. dati giudiziari);
- dati relativi allo stato di salute, genetici, biometrici (c.d. dati supersensibili).

**3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO**

Il principio di minimizzazione prevede come possano essere raccolti e trattati soltanto i dati personali pertinenti e non eccedenti alle specifiche finalità del trattamento.

Il principio di limitazione della conservazione consiste nel mantenere i dati in una forma che consente l'identificazione degli Interessati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità, salvo casi eccezionali.

Anche per tali ragioni, nonché nel rispetto degli artt. 13 e 14 del Regolamento, di seguito Le indichiamo specificamente la **finalità del trattamento** e la **base giuridica** che consente il trattamento dei Suoi dati:

per l'**esecuzione di un compito di interesse pubblico** di cui è investito il Titolare (art. 6.1, lett. e), del Regolamento) e, in particolare, per la gestione dell'avviso per l'ammissione al corso di formazione specifica in medicina generale tramite graduatoria riservata ex articolo 12 comma 3 del DL 35/2019 siccome convertito in L 60/2019 e delle attività istituzionali connesse e correlate allo stesso.

Il conferimento dei Suoi dati personali è obbligatorio per le finalità di cui sopra e per tutte quelle ausiliarie e connesse (quali, ad esempio, attività di controllo e consultive); il rifiuto al conferimento dei dati comporterà l'impossibilità di corrispondere alla richiesta connessa alla specifica finalità.



Codice modulo: 009869

Per massima chiarezza, Le precisiamo che, essendo fondato sulle predette basi giuridiche, non è quindi necessario il Suo consenso al trattamento di tali dati personali.

#### 4. MODALITA' DEL TRATTAMENTO

Il trattamento sarà effettuato con modalità cartacee e con strumenti automatizzati (informatici/elettronici) con logiche atte a garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati stessi.

I Suoi dati saranno trattati, esclusivamente per le finalità di cui sopra, dal personale dipendente debitamente istruito e, in particolare, da Preposti al trattamento (Dirigenti), appositamente nominati, nonché da Addetti al trattamento dei dati, specificamente autorizzati.

Sempre per le finalità indicate, i Suoi dati potranno essere trattati da soggetti che svolgono attività strumentali (ad esempio fornitori di servizi informatici: Trentino Digitale SpA nonché dipendenti provinciali) per il Titolare, che prestano adeguate garanzie circa la protezione dei dati personali e nominati **Responsabili del trattamento** ex art. 28 del Regolamento. L'elenco aggiornato dei Responsabili è consultabile al sito [www.provincia.tn.it](http://www.provincia.tn.it).

#### 5. PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI E PROFILAZIONE

È esclusa l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.

#### 6. COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI (CATEGORIE DI DESTINATARI)

La informiamo che i Suoi dati saranno comunicati alle seguenti categorie di destinatari:

- Università;
- Ordini provinciali dei medici chirurghi ed odontoiatri
- Aziende sanitarie;
- altri Soggetti presso cui devono essere effettuati i controlli sulle dichiarazioni rese per l'adempimento dell'obbligo di legge al quale è soggetto il Titolare ai sensi del DPR 445/2000;

per l'adempimento di un obbligo legale.

I Suoi dati personali, fermo restando il divieto di diffusione dei dati relativi alla salute (oltre che di quelli genetici e biometrici), saranno diffusi ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dal Titolo IV del Decreto Legislativo n. 368/1999 e s.m. e dal Decreto del Ministero della Salute 7 marzo 2006.

#### 7. TRASFERIMENTO *EXTRA UE*

I dati personali non saranno trasferiti fuori dall'Unione Europea.

#### 8. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

In osservanza del succitato principio di limitazione della conservazione, Le comunichiamo che il periodo di conservazione dei Suoi dati personali è di 10 anni, per i dati diversi da quelli compresi nelle "particolari categorie", dalla raccolta dei dati stessi.

Trascorso tale termine i dati saranno cancellati, fatta salva la facoltà del Titolare di conservarli ulteriormente per trattarli a fini di archiviazione nel pubblico interesse, di ricerca scientifica, o storica, o a fini statistici.

#### 9. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei potrà esercitare, nei confronti del Titolare ed in ogni momento, i diritti previsti dal Regolamento.

In base a tale normativa Lei potrà:

- chiedere l'accesso ai Suoi dati personali e ottenere copia degli stessi (art. 15);
- qualora li ritenga inesatti o incompleti, richiederne, rispettivamente, la rettifica o l'integrazione (art. 16);
- se ricorrono i presupposti normativi, richiederne la cancellazione (art. 17) o esercitare il diritto di limitazione (art. 18);
- opporsi al trattamento dei Suoi dati (compresa l'eventuale profilazione) in qualsiasi momento, per motivi connessi alla Sua situazione particolare (art. 21).

Ai sensi dell'art. 19, nei limiti in cui ciò non si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato, il Titolare comunica a ciascuno degli eventuali destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali le rettifiche, o cancellazioni, o limitazioni del trattamento effettuate; qualora Lei lo richieda, il Titolare Le comunicherà a tali destinatari.

In ogni momento, inoltre, Lei ha diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della presente informativa

Luogo e data

FIRMA