

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

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PER L'AMMISSIONE
AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE 2021/2024**
(D. Lgs. n.368 del 17.8.1999 e succ. mod)
(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

di essere ammesso/a al concorso, per esami, per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale 2021/2024 di cui al D. Lgs. n.368 del 17.8.1999 e succ. mod. e int., indetto da codesta Provincia con deliberazione della Giunta provinciale n. 1740 del 25 ottobre 2021 e s. m.

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 eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti ed agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA



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

1. di essere cittadino

 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 seguenti requisiti
(indicare la cittadinanza del familiare)

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, attestato 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. **barrare solo una tra le condizioni a) e b)**a. di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il _____
(gg/mm/anno)presso l'Università di _____
con votazione ____/____ (specificare se su base 100 o 110)**OVVERO in caso di titolo conseguito all'estero:** di essere in possesso del decreto di riconoscimento n. _____ del _____, oppure di aver avviato la relativa procedura per il riconoscimento presso la competente Autorità, in data _____
prot _____.b. di non essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia

Qualora il candidato non sia ancora in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia ai sensi dell'articolo 3 comma 4 del bando di concorso,

DICHIARA

- di essere a conoscenza che il requisito del diploma di laurea deve essere posseduto entro il giorno antecedente la data del concorso, **pena il non inserimento nella graduatoria unica provinciale;**

- di impegnarsi a presentare alla Provincia (Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza pec serv.politsanitarie@pec.provincia.tn.it) entro il giorno antecedente la data del concorso apposita dichiarazione ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m., contenente il possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, l'Università che lo ha rilasciato, il giorno, mese e l'anno in cui è stato conseguito e la votazione ottenuta, **pena il non inserimento nella graduatoria unica provinciale.**

5. barrare solo una tra le condizioni a), b) e c)

- a. di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, conseguito:
- presso l'Università degli Studi di _____ il _____ (gg/mm/anno) ovvero nella sessione _____ (indicare sessione ed anno)
- OVVERO per coloro che hanno acquisito l'abilitazione all'esercizio professionale all'estero
- con Decreto Ministeriale numero _____ del _____
- b. di essere in possesso di laurea abilitante ai sensi dell'articolo 102 della L. 27/2020;
- c. di NON essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale;

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;

Qualora il candidato dichiari di non essere in possesso dell'abilitazione e/o dell'iscrizione all'ordine (lettere e ed f dell'art. 3, comma 4 del bando di concorso), ai sensi dell'art. 3, comma 4, lettera i) del bando di concorso, dovrà compilare quanto segue:

Il sottoscritto, dott. _____ dichiara di essere a conoscenza che i suddetti requisiti devono essere posseduti alla data di inizio ufficiale del corso prevista entro il mese di aprile 2022, pena la non ammissione al corso. Si impegna, a tal fine, a presentare alla Regione, prima dell'inizio del corso, idonea dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

7. **di aver eseguito** a favore della Provincia Autonoma di Trento **il pagamento del contributo alle spese generali del concorso, di € 25,00** (di cui allega copia della ricevuta di pagamento pena la non ammissione a concorso) secondo le modalità di cui all'articolo 3 comma 4 lettera j) del bando di concorso.

8. di avere diritto all'applicazione:

della L. 104/92 e in particolare:

(specificare l'ausilio necessario in relazione al proprio handicap)

della L. 170/2010 (DSA) e in particolare:

(specificare misure compensative e/o tempi aggiuntivi)

impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali condizioni sopraggiunte rilevanti ai fini dell'organizzazione della prova di concorso.

Dichiara di accettare tutte le disposizioni del presente bando di concorso e in particolare quanto previsto in relazione al possesso dei requisiti di abilitazione all'esercizio della professione e di iscrizione all'albo di un Ordine provinciale dei medici chirurghi e odontoiatri della Repubblica Italiana entro la data di avvio ufficiale del corso triennale di formazione.

Dichiara inoltre:

9. di non avere presentato domanda di ammissione al concorso per il corso di formazione specifica in medicina generale in altra Regione o Provincia autonoma e di impegnarsi a non presentarla entro la scadenza del presente bando.

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

- a. di non essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia o a dottorati di ricerca
 b. di essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia o a dottorati di ricerca

(se si indicarne tipologia e sede)

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.

(la seguente dichiarazione è obbligatoria)

- Il sottoscritto **dichiara altresì** di eleggere il seguente indirizzo di posta elettronica certificata (o l'indirizzo PEC sopra indicato) quale **domicilio digitale** cui si chiede vengano inviati tutti i documenti e le comunicazioni inerenti la procedura attivata con la presente domanda.

Luogo e data

FIRMA DELL'INTERESSATO

.....

.....

Si allega la seguente documentazione:

- informativa ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679 del 2016 (**da restituire sottoscritta**);
 fotocopia di un documento d'identità del richiedente (se la domanda è sottoscritta con firma autografa e non in presenza del dipendente addetto);
 copia della ricevuta di pagamento di € 25,00, quale contributo alle spese generali del concorso.



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 dagli artt. 5 e 12 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, pec 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. Il Preposto è anche il **soggetto designato per il riscontro** all’Interessato in caso di esercizio dei diritti ex artt. 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 (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 ai reati o a connesse misure di sicurezza (c.d. dati giudiziari);
- dati relativi allo stato di salute, genetici, biometrici.

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 del bando di concorso per l’accesso al corso di formazione specifica in medicina generale indetto ai sensi del Decreto Legislativo n. 368/1999 e s. m. e del Decreto del Ministero della Salute 7 marzo 2006 e s.m. e delle attività istituzionali connesse e correlate allo stesso.

Il conferimento dei Suoi dati personali è facoltativo; il rifiuto al conferimento dei dati, però, comporterà l’impossibilità di corrispondere alla richiesta connessa alla specifica finalità.

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.

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