

27873

Bandi - Corso-concorso - Anno 2022

Provincia autonoma di Trento

AVVISO DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

del 30 novembre 2022

Avviso pubblico per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale (2022-2025) della Provincia autonoma di Trento tramite graduatoria riservata senza borsa di studio ex art. 12 comma 3 del D.L. 35/2019, convertito con l. 60/2019 (approvato dalla Giunta provinciale con deliberazione n. 2148 di data 25 novembre 2022)

Continua >>>



AVVISO PUBBLICO
PER L'AMMISSIONE AL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA
GENERALE (2022-2025) DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
TRAMITE GRADUATORIA RISERVATA SENZA BORSA DI STUDIO
EX ART. 12 COMMA 3 DEL D.L. 35/2019, CONVERTITO CON L. 60/2019
approvato dalla Giunta provinciale con deliberazione n. 2148 di data 25 novembre 2022

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 2022-2025, a tempo pieno, di n. 15 (quindici) 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 di:
 - a) diploma di laurea in medicina e chirurgia;
 - 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 2022-2025;
 - 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 2022-2025. 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 2022-2025.
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 2023. 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 comma 2 lettera c), prima della data di inizio ufficiale del Corso.

Art. 3 – Domanda e termine di presentazione

1. La domanda di ammissione dovrà essere prodotta, **a pena di irricevibilità, esclusivamente tramite posta elettronica**, nel rispetto di quanto disposto dalla deliberazione della Giunta provinciale n. 2468 di data 29 dicembre 2016 e s.m., **all'indirizzo PEC serv.politsanitarie@pec.provincia.tn.it**, specificando nell'oggetto "domanda per l'ammissione al corso di formazione in medicina generale 2022-2025 tramite graduatoria riservata". La domanda deve essere redatta avvalendosi del modulo allegato al presente bando e reperibile sul sito internet della Provincia e sul sito <https://www.trentinosalute.net/Aree-tematiche/Formazione-e-operatori/Corso-di-formazione-specifica-in-medicina-generale/2022-2025>
2. La domanda dovrà 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, fatto salvo quanto disposto dall'art. 2 comma 4 indicando, in caso di risposta affermativa, la provincia di iscrizione e di essere a conoscenza che il requisito dell'iscrizione all'albo deve essere mantenuto per tutta la durata del corso;
 - 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;
 - 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 a dottorati di ricerca (*specificarne la tipologia e la sede universitaria*);
 - 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 2022-2025;
 - 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 2022-2025;
 - l) di aver svolto gli incarichi specificati nell'Allegato modello di domanda 1) ai fini del calcolo del punteggio di anzianità di servizio di cui all'art. 20, 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, a pena di inammissibilità della domanda. 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 la 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 della presente procedura selettiva e del corso, costituirà domicilio digitale presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione. 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 precisando nell'oggetto il seguente riferimento: "Corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale triennio 2022-2025".
7. L'Amministrazione non si assume responsabilità per la dispersione delle domande o di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del candidato oppure mancato o tardivo aggiornamento dei recapiti indicati nella domanda, né per eventuali disguidi informatici comunque non imputabili a codesta Amministrazione.

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 emerge la non veridicità delle dichiarazioni rese 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. Il Servizio provinciale 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 mediante la valutazione dei titoli previsti dall'articolo 20 dell'ACN 28 aprile 2022, titolo II "Titoli di servizio" 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 all'Accordo Collettivo Nazionale ACN sopra citato, art. 20, comma 6.
3. Dell'inserimento in graduatoria viene data comunicazione agli interessati da parte del Servizio provinciale 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/Aree-tematiche/Formazione-e-operatori/Corso-di-formazione-specifica-in-medicina-generale/2022-2025> 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, 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 sul Bollettino Ufficiale della Regione Trentino Alto Adige della graduatoria di cui al comma 1.
6. Tutte le informazioni sulla graduatoria e sulle attività conseguenti (in particolare per quanto riguarda le modalità e tempistiche di convocazione al corso) saranno reperibili al sito Internet <https://www.trentinosalute.net/Aree-tematiche/Formazione-e-operatori/Corso-di-formazione-specifica-in-medicina-generale/2022-2025>.

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 preso visione dell'informativa, relativa al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 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 della presente procedura selettiva e 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 politiche sanitarie e per la non autosufficienza darà comunicazione scritta all'indirizzo pec del candidato dell'ammissione al corso triennale 2022–2025 e della data di avvio ufficiale del corso di formazione.
2. Nella pec di comunicazione di ammissione al corso verranno specificate anche le modalità e le tempistiche per accettare o rifiutare l'inserimento nel corso.
3. Entro 3 giorni lavorativi a decorrere dal giorno seguente alla trasmissione della comunicazione di cui ai commi 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 accettazione 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 inserire serv.politsanitarie@pec.provincia.tn.it comunicazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, con cui 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. All'atto di accettazione all'iscrizione al corso, gli interessati dovranno, altresì, impegnarsi espressamente a comunicare al Servizio provinciale politiche sanitarie e per la non autosufficienza eventuali sospensioni/cancellazioni/radiazioni dall'albo professionale che dovessero sopravvenire sino alla conclusione del corso.

In mancanza della dichiarazione di cui sopra, i candidati interessati non saranno ammessi a frequentare il corso.

5. Il candidato utilmente collocato nella graduatoria iscritto a scuole di specializzazione in medicina e chirurgia o a dottorati di ricerca è ammesso a frequentare il corso subordinatamente alla dichiarazione con la quale:
 - 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.
6. In mancanza della dichiarazione di cui ai commi 4. e 5. precedenti, i candidati interessati non saranno ammessi a frequentare il corso.

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 commi 1., 2. e 3. del precedente art.8.
3. Il Servizio provinciale 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 2022-2025, 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.
 - d)

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 2020/2023, adottato dalla Giunta provinciale (deliberazione n. 2085/2020) ai sensi della legge provinciale n. 16/2010.

Art. 12 - Disciplina del corso - rinvio

1. L'inizio del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale 2022-2025 è previsto entro il mese di aprile 2023, ha durata di tre anni e comporta un impegno dei partecipanti a tempo pieno, con obbligo della frequenza alle attività didattiche teoriche e pratiche.
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. 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 Avviso 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.

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. Salute 07.03.2006, ivi comprese le eccezioni di cui all'art. 19 comma 11 della L. 448/2001, nonché successive disposizioni in merito previste dalla normativa di settore. La violazione delle disposizioni in materia di incompatibilità è causa di espulsione dal corso.
2. 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.
3. 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.

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 2023.
2. Il Responsabile del procedimento è il dirigente del Servizio Politiche sanitarie e per la non autosufficienza.

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

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 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 _____

5. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale conseguita:

in Italia presso l'Università di _____ il _____ (in caso di laurea abilitante indicare la data di laurea)

OVVERO in caso di titolo conseguito all'estero

con Decreto Ministeriale numero _____ del _____

6. di:

essere iscritto/a all'albo dell'ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri di _____ con il numero _____

non essere iscritto/a all'albo dell'ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri di _____ con il numero _____

Qualora il candidato dichiara di non essere in possesso dell'iscrizione all'ordine (lettera f, art. 3, comma 4 dell'Avviso), ai sensi dell'art. 3, comma 4, lettera g dell'Avviso, dovrà compilare quanto segue:

Il sottoscritto, dott. _____ dichiara di essere a conoscenza che il suddetto requisito deve essere posseduto alla data di inizio ufficiale del corso prevista entro il mese di aprile 2023, pena la non ammissione al corso. Si impegna, a tal fine, a presentare alla Provincia (Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza), prima dell'inizio del corso, idonea dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Il sottoscritto, dott. _____ dichiara di essere a conoscenza che il possesso del requisito di cui alla lettera f) dell'Art. 3 comma 4 dell'Avviso, deve essere mantenuto per tutta la durata dello stesso e si impegna, sin d'ora a comunicare alla Provincia (Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza) eventuali sospensioni/cancellazioni/radiazioni dall'albo professionale sopravvenute sino alla conclusione del corso;

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 2022/25;

Dichiara inoltre:



Codice modulo: p_TN_M_00000893

9. di non avere presentato domanda di inserimento nella graduatoria riservata, senza borsa di studio, al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2022/25 in altra Regione o Provincia autonoma, pena esclusione dal corso qualora la circostanza venisse appurata successivamente;

10. di:

non essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia

essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia
 _____ (se si indicarne tipologia e sede universitaria)

11. di accettare tutte le disposizioni dell'avviso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale 2022/25 della Provincia Autonoma di Trento tramite graduatoria riservata ex art. 12, comma 3 del D.L. 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.

(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:

- Dichiarazione** sostitutiva di atto notorio **relativa ai titoli di servizio** di cui all'articolo 20, Titolo II "Titoli di servizio", Accordo Collettivo Nazionale con i medici di medicina generale 28 aprile 2022
- 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);



(Allegato 1)

Allegato alla domanda di ammissione al corso di formazione specifica in medicina generale 2022/2025 tramite graduatoria riservata senza borsa di studio ex art. 12 comma 3 del D.L. 35/2019, convertito con L. 60/2019

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 46 e 47 D.P.R. N. 445 DEL 28/12/2000)**

**TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITA' SVOLTA PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA
RISERVATA PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA
GENERALE 2022-2025 DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO**

(compilare in modo chiaro e leggibile)

Il sottoscritto Dott. _____

Cognome

Nome

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

in relazione alla domanda di ammissione tramite graduatoria riservata, senza borsa di studio, ai sensi dell'art. 12 comma 3 del DL 35/2019 convertito con L. 60/2019 e della deliberazione della Giunta provinciale n. _____, al corso triennale di formazione specifica in medicina generale anni 2022/2025, organizzato a tempo pieno;

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)

**DICHIARA
di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:**

1. Attività di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza primaria" fino al 27 aprile 2022), con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell'ambito della Provincia Autonoma di Trento:
*(p. 0,30 per mese di attività)**

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda

2. Attività di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza primaria" fino al 27 aprile 2022), con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell'ambito di altra Regione (specificare):
*(p. 0,20 per mese di attività)**

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda Regione

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda Regione

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda Regione

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda Regione

3. Attività di sostituzione del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza



primaria” fino al 27 aprile 2022), solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 gg. continuativi: (p. 0,20 per mese di attività)*

dal ___/___/___ al ___/___/___ medico** A.S.L.....

dal ___/___/___ al ___/___/___ medico** A.S.L.....

dal ___/___/___ al ___/___/___ medico** A.S.L.....

dal ___/___/___ al ___/___/___ medico** A.S.L.....

dal ___/___/___ al ___/___/___ medico** A.S.L.....

dal ___/___/___ al ___/___/___ medico** A.S.L.....

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. (p.0,20 per mese)*

dal ___/___/___ al ___/___/___ medico** A.S.L.....

dal ___/___/___ al ___/___/___ medico** A.S.L.....

dal ___/___/___ al ___/___/___ medico** A.S.L.....

dal ___/___/___ al ___/___/___ medico** A.S.L.....

5. Attività di sostituzione del titolare 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 del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (denominata “continuità assistenziale” fino al 27 aprile 2022) con incarico 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 _____
 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 _____

Anno..... A.S.L **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 _____

Anno..... A.S.L **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 _____

Anno..... A.S.L **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 _____

Anno..... A.S.L **di

Gennaio dal al ore _____
 Febbraio dal al ore _____
 Marzo dal al ore _____
 Aprile dal al ore _____
 Maggio dal al ore _____

Luglio dal al ore _____
 Agosto dal al ore _____
 Settembre dal al ore _____
 Ottobre 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 _____
 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 _____

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. **

dal ___/___/___ al ___/___/___ A.S.L. **

dal ___/___/___ al ___/___/___ A.S.L. **

dal ___/___/___ al ___/___/___ A.S.L. **

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 _____
 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 _____

Anno..... A.S.L **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 _____

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. Servizio effettivo di medico di assistenza penitenziaria/ servizio effettivo in rapporto di convenzionamento con il SSN presso gli istituti penitenziari a tempo indeterminato o di sostituzione :

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

Anno..... A.S.L **di

dal ___/___/___ al ___/___/___ A.S.L.ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ A.S.L.ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ A.S.L.ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ A.S.L.ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ A.S.L.ore _____

Totale ore _____

10. 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:

*(p. 0,20 per mese di attività)**

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto

11. 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 _____	

12. Attività medica di assistenza ai turisti, organizzata dalle Regioni o dalle Aziende UU.SS.LL (svolta a periodi mensili o ad ore): *(p. 0,20 per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività)**

ASL **di dal ____/____/____ al ____/____/____ ore _____
ASL **di dal ____/____/____ al ____/____/____ ore _____
ASL **di dal ____/____/____ al ____/____/____ ore _____
ASL **di dal ____/____/____ al ____/____/____ ore _____
ASL **di dal ____/____/____ al ____/____/____ ore _____
ASL **di dal ____/____/____ al ____/____/____ ore _____

13. Turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale di emergenza sanitaria territoriale , ai sensi dell'ACN della medicina generale (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 _____	

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 _____

14. 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.....
 dal ___/___/___ al ___/___/___ medico**A.S.L.....
 dal ___/___/___ al ___/___/___ medico**A.S.L.....
 dal ___/___/___ al ___/___/___ medico**A.S.L.....
 dal ___/___/___ al ___/___/___ medico**A.S.L.....
 dal ___/___/___ al ___/___/___ medico**A.S.L.....
 dal ___/___/___ al ___/___/___ medico**A.S.L.....
 dal ___/___/___ al ___/___/___ medico**A.S.L.....
 dal ___/___/___ al ___/___/___ medico**A.S.L.....
 dal ___/___/___ al ___/___/___ medico**A.S.L.....

15. 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)

*(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 ___/___/___

16. 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.....

17. 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.....

18. Servizio civile volontario espletato per finalità o scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge n. 64/2001, 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 **.....

19. Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge n. 64/2001, 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 **.....

20. 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.....

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso.....

21. Servizio prestato presso aziende termali (con le modalità di cui all'art. 8 legge 24 ottobre 2000 n. 323), equiparato all'attività di continuità assistenziale: (*) servizio prestato presso aziende termali private accreditate 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 _____
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..... 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: p_TN_M_0000893

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 _____

22. Servizio effettivo, svolto in paesi della Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di medicina generale di cui all'ACN per la medicina generale; 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: il servizio deve essere attestato con certificazioni in originale o copia conforme all'originale, sottoscritto dal legale rappresentante dell'ente, con allegata la traduzione in lingua italiana certificata, vistata per conferma dalla competente autorità consolare italiana all'estero. Per i servizi sanitari prestati all'estero per i quali è previsto uno specifico provvedimento di riconoscimento (art. 124 co 2 decreto legislativo n. 112/1998) è necessario allegare copia del provvedimento.

(p. 0,20 per mese di attività) *

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

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 sostituto o dell'ente e negli spazi sotto riportati i recapiti degli enti indicati



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 _____

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



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 direzione generale@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 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 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

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 dall'articolo 12 comma 3 del DL 35/2019 siccome convertito in L 60/2019.

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

