

Alla
Provincia Autonoma di Trento
Servizio professioni sanitarie, formazione e rapporti con le
Università
Via Gilli, 4
38121 TRENTO

serv.personalesanitarioeuniversita@pec.provincia.tn.it

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE
2025-2028 AI SENSI DEL COMMA 5 BIS DELL'ARTICOLO 19 , DEL D.L. 16 LUGLIO 2020, N. 76,
CONVERTITO NELLA LEGGE N. 120/2020, COSI' COME MODIFICATO DALL'ARTICOLO 23 DEL D.L.
30 DICEMBRE 2021, N. 228**

(Avviso approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 1006 dell'11 luglio 2025)

(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 corso triennale di formazione specifica in medicina generale 2025/2028 di codesta Provincia.

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

1. di essere in possesso di 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)

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

3. di essere medico in servizio permanente effettivo e di avere almeno quattro anni di anzianità di servizio in uno dei seguenti Corpi Nazionali (barrare quello di interesse)

☐ Polizia di Stato;

☐ Vigili del fuoco

☐ Forze Armate (specificare corpo) _____

☐ Guardia di finanza

4. di prestare servizio presso la seguente sede/struttura (indicare ogni elemento utile per comunicazioni d'ufficio):

- denominazione della struttura di appartenenza _____

- indirizzo _____

- città _____

- telefono _____ ; pec _____

- **Nome e cognome del responsabile della struttura** (e relativa qualifica) competente a redigere e trasmettere la certificazione dell'attività di servizio come previsto dall'articolo 23 del D.L. n. 228/2021 (successivo punto 6)

Il sottoscritto dichiara inoltre:

5. di non avere presentato domanda di ammissione al medesimo triennio di corso di formazione specifica in medicina generale ai sensi del D.L. n. 76/2020 e s.m. in altra Regione o Provincia autonoma e di impegnarsi a non presentarla entro la scadenza del termine previsto per la presente domanda.

6. di essere a conoscenza di quanto disposto dall'articolo 23 del D.L. n. 228/2021: *“Le ore di attività svolte (...) in favore delle amministrazioni di appartenenza sono considerate a tutti gli effetti quali attività pratiche, da computare nel monte ore complessivo, previsto dall'articolo 26 comma 1 del decreto Legislativo 17 agosto 1999, n. 368. Le amministrazioni di appartenenza certificano l'attività di servizio prestata dai medici in formazione presso le strutture dalle stesse individuate e ne validano i contenuti ai fini del richiamato articolo 26, fermo restando l'obbligo di frequenza dell'attività didattica di natura teorica”*

7. di essere a conoscenza che durante il corso è tenuto a seguire l'attività didattica di natura teorica con le stesse modalità di frequenza e di valutazione previste per gli altri medici in formazione

8. di essere a conoscenza che il conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale avverrà con le modalità previste dal combinato disposto del Decreto Legislativo n. 368/1999 e sm e del Decreto del Ministero della



Salute 7 marzo 2006 e s.m. (superamento con esito positivo di tutte le fasi formative previste dal corso, predisposizione della tesi e discussione della stessa in sede di colloqui finale)

(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);
- ☐ attestato di servizio

Luogo

Data

Firma dell'interessato



Informativa ai sensi dell'articolo 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016

- il **titolare** del trattamento dei dati personali è la Provincia Autonoma di Trento, nella persona del legale rappresentante Presidente della Provincia in carica, Piazza Dante, 15 – 38122 Trento, tel. 0461 494697, fax 0461 494603, e-mail direzionegenerale@provincia.tn.it, PEC direzionegenerale@pec.provincia.tn.it;

- **preposto** al trattamento è il dirigente pro tempore della struttura provinciale competente per il procedimento cui la dichiarazione si riferisce, che è altresì responsabile per il riscontro all'interessato: Servizio professioni sanitarie formazione e rapporti con le Università

- i **dati di contatto** del responsabile della protezione dei dati (DPO), quale soggetto individuato dal titolare per lo svolgimento di funzioni di controllo e di consulenza, sono i seguenti: Piazza Dante, 15 - 38122 Trento; numero di telefono: 0461 494671; e- mail ldprivacy@provincia.tn.it;

1. i suoi dati sono stati raccolti presso l'interessato (Lei medesimo);

2. il trattamento dei dati è effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico / connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare (art. 6.1, lett. e), del Regolamento) e, in particolare, per l'ammissione al corso di formazione specifica in medicina generale ai sensi e per gli effetti del DL 16 luglio 2020 n. 76 convertito nella L. 120/2020 come modificato dall'articolo 23 del DL n. 228/2021 e del Decreto Legislativo n. 368/1999 e s.m.;

3. il conferimento dei dati è obbligatorio per le finalità di cui sopra e per tutte le attività ausiliarie e connesse (es. attività di controllo e consultive) e il mancato conferimento dei dati medesimi comporta l'impossibilità di procedere.

4. il trattamento sarà effettuato

☒ con modalità cartacee e con strumenti automatizzati (informatici/elettronici)

☐ 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 quali Trentino digitale 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.

5. processo decisionale automatizzato e profilazione

E' esclusa l'esistenza di un processo decisionale basato su un trattamento automatizzato, compresa la profilazione.

6. comunicazione e diffusione dei dati (categorie di destinatari)

La informiamo che i Suoi dati saranno comunicati ai seguenti destinatari:

- Azienda provinciale per i servizi sanitari ente gestore della formazione specifica in medicina generale;
- Soggetti presso cui devono essere effettuati i controlli sulle dichiarazioni rese ai sensi del DPR n. 445/2000

per l'adempimento di un obbligo legale

I Suoi dati personali non saranno diffusi

7. trasferimento extra UE

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

8. periodo di conservazione dei dati

Le comunichiamo che il periodo di conservazione dei Suoi dati personali è di 10 anni dalla raccolta dei dati stessi, come previsto nel "Piano di conservazione" allegato alla deliberazione della Giunta provinciale n. 287 di data 26 febbraio 2021 recante: "Protocollo informatico trentino (P.I.Tre.): approvazione del Manuale di gestione".

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, per tramite del sopraindicato preposto, 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**);
- se ricorrono i presupposti normativi, **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 tali destinatari.

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

Luogo e data _____

FIRMA¹

¹Allegare fotocopia di un documento di identità in corso di validità (in caso di dichiarazione sottoscritta con firma autografa e non in presenza del dipendente addetto).

Modulo certificato ai sensi dell'art. 9, comma 4, della l.p. 23/1992 e approvato con deliberazione di Giunta provinciale n. 1006 dell'11 luglio 2025.

