

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 _____

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 2021/24;

Dichiara inoltre:

9. di non avere presentato domanda di inserimento nella graduatoria riservata, senza borsa di studio, al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2021/24 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 2021/24 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 3, Titolo II "Titoli di servizio", ACN 21 giugno 2018
- 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 2021/2024 tramite graduatoria riservata ex art. 12 comma 3 del D.L. 35/2019, convertito con L. 60/2019

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA 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 2021-2024 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 2021/2024, 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 di assistenza primaria convenzionato, 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 Regione

2. Attività di medico di assistenza primaria convenzionato, 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

3. Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria, solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per

Modulo certificato ai sensi dell'art. 9, comma 4, della l.p. 23/1992 e approvato con deliberazione di Giunta provinciale n. 1740 del 25 ottobre 2021.



periodi non inferiori a 5 gg. continuativi:*(p. 0,20 per mese di attività)**

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.....

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 _____
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 _____

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:

*(p. 0,20 per mese di attività)**

dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto

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 U.U.S.S.LL:

*(p. 0,20 per mese di attività)**

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 _____	

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.....



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)**

(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.....

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 _____

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 _____

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 _____**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 ___/___/___



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

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 _____



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 **sogetto 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 ldprivacy@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. MODALITÀ 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

