



**REGIONE CALABRIA
GIUNTA REGIONALE**

**DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE E SERVIZI SOCIO-SANITARI
SETTORE 05 - MEDICINA CONVENZIONATA - CONTINUITA' ASSISTENZIALE -
SISTEMI ALTERNATIVI ALRICOVERO E GESTIONE TERRITORIALE DELLE
EPIDEMIE**

Assunto il 23/12/2021

Numero Registro Dipartimento: 99

DECRETO DIRIGENZIALE

“Registro dei decreti dei Dirigenti della Regione Calabria”

N°. 13650 del 23/12/2021

**OGGETTO: PUBBLICAZIONE AMBITI TERRITORIALI VACANTI DI MEDICI DI ASSISTENZA
PRIMARIA E DI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA ANNO 2021 .**

Dichiarazione di conformità della copia informatica

Il presente documento, ai sensi dell'art. 23-bis del CAD e successive modificazioni è copia conforme informatica del provvedimento originale in formato elettronico, firmato digitalmente, conservato in banca dati della Regione Calabria.



IL DIRIGENTE DI SETTORE

VISTO l'articolo 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 23/03/2005 e smi, come sostituito dall'articolo 5 dell'Accordo intervenuto il 21/06/2018, in base al quale ciascuna Regione entro la fine di marzo di ogni anno "*pubblica sul Bollettino ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende*";

VISTO l'articolo 33 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta del 15 dicembre 2005 e smi, come sostituito dall'articolo 4 dell'Accordo intervenuto il 21/06/2018, in base al quale entro la fine di marzo di ogni anno ciascuna Regione "*pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali carenti e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende*";

PRESO ATTO delle richieste di pubblicazione sul BURC degli ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria e dei medici specialisti pediatri, individuati nell'anno 2021 dalle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione Calabria con apposite deliberazioni acquisite agli atti della struttura regionale competente, come di seguito indicate:

- ASP Catanzaro deliberazione n. 302 del 9 marzo 2021
- ASP Crotona deliberazione n. 184 del 15 aprile 2021
- ASP Vibo Valentia deliberazione n. 924 del 03.06.2021 e deliberazione n. 1554 del 23.09.2021
- ASP Cosenza deliberazioni nn. 733 – 1552 e 1884, rispettivamente del 17 giugno-29 ottobre e 13 dicembre 2021;

CONSIDERATO CHE

- la Graduatoria regionale per l'anno 2021 dei medici da incaricare per l'espletamento delle attività di settore della medicina generale è stata pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Calabria n. 108 del 20.12.2021
- la Graduatoria regionale per l'anno 2021 dei Pediatri di libera scelta da incaricare per l'espletamento delle attività di settore è stata pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Calabria n. 109 del 22 dicembre 2021;

PRECISATO che

- i termini indicati negli articoli 33 e 34 dei due Accordi Collettivi Nazionali sopraindicati e rispettivamente, dei medici specialisti pediatri e di medicina generale, come sostituiti dai nuovi ACN intervenuti il 21/06/2018, hanno carattere ordinatorio, non essendo stata prevista alcuna sanzione né alcuna decadenza della competenza in capo all'Amministrazione regionale;
- le Aziende Sanitarie interessate provvederanno ad assegnare gli incarichi di assistenza primaria individuando gli aventi diritto nel rispetto dei criteri e secondo l'ordine di priorità di cui all'art. 34 dell'ACN per la Medicina Generale del 23/03/2005, come sostituito dall'articolo 5 dell'ACN 21/06/2018 e integrato dall'articolo 4 dell'ACN 18/06/2020;
- i medici aspiranti dovranno presentare domanda di partecipazione per uno o più incarichi vacanti entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione del presente atto sul BURC, utilizzando i modelli di domanda allegati, preventivamente regolarizzati con l'imposta di bollo stabilita dalla normativa vigente;
- possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici che si trovano in una delle ipotesi indicate dal comma 5 dell'articolo 34 dell'ACN 21/06/2018 secondo la nuova versione, alle lettere a) *per trasferimento (...)*, lett. b) *i medici inclusi nella graduatoria regionale (...)*, lett. c) *i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale (...)*, nel rispetto delle modalità ed indicazioni precisate dalla disposizione normativa sopra citata;

**Di precisare, altresì, che**

- possono concorrere per l'assegnazione degli ambiti territoriali vacanti di pediatria di libera scelta individuati dall'Asp di Cosenza con deliberazione n. 733 del 17 giugno 2021 e successiva n. 1552 del 29 ottobre 2021, i medici specialisti pediatri che si trovano in una delle situazioni indicate dall'art. 33, comma 5 lett. a), b), c) e d) dell'ACN 15 dicembre 2005 come sostituito dall'articolo 4 dell'ACN 21 giugno 2018;

Ravvisata la necessità ed urgenza di procedere alla pubblicazione degli ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria e di pediatri di libera scelta, nonché delle zone dove assicurare l'assistenza ambulatoriale, così come individuati dalle Aziende Sanitarie interessate e riportate nei prospetti riepilogativi;

VISTI le seguenti leggi e provvedimenti:

- la Legge 7 agosto 1990, n. 241 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi";
- la L.R. 12.8.2002, n. 34, "Riordino delle funzioni amministrative regionali e locali" e ss.mm.ii. e ravvisata la propria competenza;
- decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 2005, n. 68 - Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82 Codice dell'amministrazione digitale;
- il D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni." e s.m.i.;
- la D.G.R. n. 522 del 26 novembre 2021 "Avviso di selezione, ai sensi dell'art. 19 del d.lgs n. 165/2021, per il conferimento dell'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento - Tutela della Salute, Servizi Socio Sanitari - pubblicato sul sito web istituzionale il 15 novembre 2021: individuazione";
- il D.P.G.R. n. 232 del 29 novembre 2021 "Dott.ssa Iole Fantozzi- Conferimento dell'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari della Giunta della Regione Calabria;
- il D.D.G. n. 11560 del 12/11/2021 con il quale è stato conferito alla Dott.ssa Giuseppina Fersini l'incarico di reggenza del Settore n. 5 "Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale – Sistemi Alternativi al ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie";

-la nota prot. n. 162155 del 09 aprile 2021 con la quale è stato conferito alla dott.ssa Evelina Rizzo l'incarico di responsabile del procedimento ai sensi degli art. 5 e 6 della legge 241/1990 e degli artt. 4 e 5 della legge regionale 19/01;

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa, e che qui si intendono integralmente riportate:

Di disporre la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria degli ambiti territoriali vacanti di medici di assistenza primaria e di pediatri di libera scelta individuati per l'annualità 2021 dalle Aziende Sanitarie Provinciali regionali con apposite deliberazioni, trasmesse e conservate agli atti della Unità regionale competente e riportati nel prospetto riepilogativo (Prospetto 1/2021), che viene allegato al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;

Di precisare che

- i termini indicati negli articoli 33 e 34 dei due Accordi Collettivi Nazionali sopraindicati e rispettivamente, dei medici specialisti pediatri e di medicina generale, come sostituiti dai nuovi ACN intervenuti il 21/06/2018, hanno carattere ordinatorio, non essendo stata prevista alcuna sanzione né alcuna decadenza della competenza in capo all'Amministrazione regionale;



- possono concorrere al conferimento degli ambiti territoriali vacanti indicati nel Prospetto 1/2021 i medici che si trovano in una delle ipotesi indicate dal comma 5 dell'articolo 34 dell'ACN 21/06/2018 nella nuova versione, alle lettere a) *per trasferimento (...)*, b) *i medici inclusi nella graduatoria regionale (...)*, c) *i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale (...)*, nel rispetto delle modalità ed indicazioni precisate dalla disposizione normativa sopra citata, nonché i medici in formazione;
- i medici aspiranti dovranno presentare domanda di partecipazione alle Aziende Sanitarie Provinciali di riferimento per uno o più incarichi vacanti entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione del presente atto nel BURC, apponendo il bollo sui modelli di domanda allegati dell'importo attuale di euro 16,00 previsto dalla normativa vigente;
- i medici aspiranti dovranno provvedere a trasmettere la domanda utilizzando le modalità che saranno loro indicate dalle rispettive Aziende Sanitarie Provinciali;
- in ordine agli incarichi di assistenza primaria individuati dall'ASP di Catanzaro l'individuazione dello studio medico principale sarà effettuato dai Distretti di competenza e comunicata prima dell'assegnazione degli incarichi vacanti, come espressamente si legge al punto 2 della Deliberazione n. 302 del 09/03/2021;
- per quanto riguarda gli incarichi di assistenza primaria individuati dall'ASP di Crotona *"il medico vincitore della zona carente (...) dovrà aprire idoneo ambulatorio nel relativo comune"*, così come indicato nella deliberazione n. 184 del 15.04.2021;
- in caso di mancata copertura degli ambiti territoriali vacanti, trova applicazione la disposizione contenuta nell'articolo 4 Procedure per l'assegnazione di incarichi di assistenza primaria introdotto dall'ACN 18/06/2020, con il quale è stato aggiunto il comma 17 bis e 17 ter alla nuova versione dell'art. 34 dell'ACN del 2018, secondo cui (...) *"In caso di mancata assegnazione degli incarichi ai medici di cui al comma 6, lettere a), b) e c) possono concorrere al conferimento i (...) medici che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale nella medesima Regione"*, giusto articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12;
- le domande dovranno essere conformi ai seguenti modelli allegati:
 - modello **A** domanda per trasferimento
 - modello **B** domanda per assegnazione secondo graduatoria regionale dei Medici di medicina generale
 - modello **C** domanda per medici con diploma formazione
 - modello **D** domanda per medici frequentanti Corso formazione specifica in Medicina Generale

Di precisare, altresì, che

- possono concorrere per l'assegnazione degli ambiti territoriali vacanti di pediatria di libera scelta individuati dall'Asp di Cosenza con deliberazione n. 733 del 17 giugno 2021 e successiva n. 1552 del 29 ottobre 2021, i medici specialisti pediatri che si trovano in una delle situazioni indicate dall'art. 33, comma 5 lett. a), b), c) e d) dell'ACN 15 dicembre 2005 come sostituito dall'articolo 4 dell'ACN 21 giugno 2018;
 - gli aspiranti pediatri dovranno presentare le relative domande all'Azienda Sanitaria di Cosenza entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria del presente decreto, utilizzando gli allegati modelli con apposizione del bollo secondo la normativa vigente e di seguito indicati:
 - modello A - PLS domanda per trasferimento
 - modello B- PLS domanda per assegnazione secondo graduatoria regionale dei Pediatri di libera scelta
 - modello C- PLS domanda ai sensi art. 33, comma 5, lettera d
- Di disporre** la notifica del presente provvedimento agli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e alle Aziende Sanitarie Provinciali per il prosieguo di loro competenza;
- Di provvedere** alla pubblicazione del provvedimento sul sito ai sensi della legge regionale 6 aprile 2011 n. 11;
- Di ricordare** che avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale da proporsi entro il termine di 60 giorni, ovvero ricorso straordinario al Presidente della Repubblica, da proporsi entro 120 giorni



Di dare atto che la presente deliberazione non è soggetta a controllo preventivo di legittimità di cui all'articolo 10, comma 7 della Legge regionale 22 gennaio 1996 n. 2.

Sottoscritta dal Responsabile del Procedimento

RIZZO EVELINA
(con firma digitale)

Sottoscritta dal Dirigente

FERSINI GIUSEPPINA
(con firma digitale)

Ambiti territoriali vacanti di medico di Assistenza Primaria e PLS**1. ASP di CATANZARO**Deliberazione n. 302 del 9 marzo 2021

Distretto	Ambito	Zone carenti
CATANZARO	1	2
CATANZARO	3	1
CATANZARO	6	2
CATANZARO	8	1
LAMEZIA TERME	1	3
LAMEZIA TERME	3	3
LAMEZIA TERME	5	1
SOVERATO	11	1
SOVERATO	12	1
Totale		15

2. ASP di CROTONEDeliberazione n. 184 del 15 aprile 2021

Distretto	Area subdistrettuale	Zone carenti
CROTONE	ISOLA CAPO RIZZUTO	3
CROTONE	SAN MAURO MARCHESATO	1
CROTONE	SCANDALE	1
CIRO' MARINA	CIRO' MARINA	4
CIRO' MARINA	CRUCOLI	1
CIRO' MARINA	MELISSA	1
CIRO' MARINA	SAN NICOLA dell'ALTO	1
CIRO' MARINA	VERZINO	1
MESORACA	COTRONEI	1
MESORACA	PETILIA POLICASTRO	1
MESORACA	SANTA SEVERINA	1
Totale		16

3. ASP di VIBO VALENTIA

Deliberazioni n. 924 del 03.06.2021 - n. 1554 del 23.09.2021

Distretto	Ambito	Zone carenti
VIBO VALENTIA	n. 1 Vibo Valentia -Sant'Onofrio-Stefanaconi - Cessaniti con sede di studio medico Vibo Valentia	1
SERRA SAN BRUNO	n. 4 - comune di ACQUARO	1
SERRA SAN BRUNO	n. 3 - comune di GEROCARNE	1
TROPEA	n. 2 - comune di FILANDARI	1
TROPEA	n. 4 - comune di TROPEA	2
Totale		6

4. ASP di COSENZA

deliberazioni n. 733 del 17.06.2021- n. 1552 del 29.10.2021 e n. 1884 del 13.12.2021

Distretto TIRRENO	Area	n. 3 Zone carenti
	PRAIA-SCALEA	n. 1 nel Comune di AIETA
	//	n. 1 nel Comune di Praia a Mare
	CETRARO-PAOLA	n. 1 Comune di San Lucido
PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	Area	n. 2 Zone carenti
	<u>PRAIA-SCALEA</u>	n. 2 nel comune di SCALEA di cui una con vincolo di apertura di ambulatorio per due giorni alla settimana nel comune di Santa Maria del Cedro

Distretto COSENZA-SAVUTO	Area	n. 9 Zone carenti
	COSENZA	n. 1 nel Comune di Cosenza
	//	n. 1 nel Comune di Celico
	//	n. 1 Comune di Cerisano
	//	n. 1 Comune di Domanico
	//	n. 1 Comune di Mendicino
	//	n. 1 Comune di Rovito
	SAN GIOVANNI IN FIORE	n. 3 comune San Giovanni in Fiore
NON E' STATA INDIVIDUATA ALCUNA ZONA CARENTE DI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA		

Distretto Sanitario ESARO POLLINO	Area	n. 7 Zone carenti
	CASTROVILLARI	n. 1 Comune di Mormanno
	//	n. 1 Comune di Acquaformosa
	//	n. 1 Comune di San Basile
	//	n. 1 Comune di Morano Calabro

SAN MARCO ARGENTANO n. 1 Comune di Fagnano Castello

// n. 1 Comune di Roggiano Gravina

// n. 1 Comune di San Marco Argentano

NON E' STATA INDIVIDUATA ALCUNA ZONA CARENTE DI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Distretto MEDIA VALLE CRATI

Area

n. 8 Zone carenti

ACRI n. 2 nel Comune di Acri

// n. 1 Comune di Santa Sofia D'Epiro

MVC n. 2 nel Comune di Montalto Uffugo

// n. 1 nel Comune di Bisignano

RENDE n. 1 nel Comune di Rose

// n. 1 nel Comune di Rende

NON E' STATA INDIVIDUATA ALCUNA ZONA CARENTE DI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI AMBITI TERRITORIALI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
PER TRASFERIMENTO**

All'ASP di _____

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale _____ residente a _____

prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____

cellulare _____ Pec: _____

titolare di incarico a tempo indeterminato nel settore di Assistenza Primaria:

presenta DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 5, comma 1 dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018, che richiama l'art. 34, comma 5 lett. a) dell'ACN per la medicina generale 23.03.2005 e ss.mm.ii. Per l'assegnazione degli ambiti territoriali vacanti di Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del ____/____/_____, come di seguito indicato:

- () ASP DI _____ TUTTI
- () ASP DI _____ ambito territoriale _____
- () ASP DI _____ ambito territoriale _____
- () ASP DI _____ ambito territoriale _____
- () ASP DI _____ ambito territoriale _____
- () ASP DI _____ ambito territoriale _____
- () ASP DI _____ ambito territoriale _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

D I C H I A R A

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ conseguito in data ____/____/_____ con voto ____/____ (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____;

3. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di _____ ambito territoriale di _____ della Regione _____ dal ____/____/____; (1)

(indicare di seguito gli eventuali periodi di sospensione dall'incarico di cui all'art. 18, comma 1 ACN 23.03.2005 vigente)

4. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria: dal ____/____/____ al ____/____/____ ASL _____ Regione _____;

dal ____/____/____ al ____/____/____ ASL _____ Regione _____;

dal ____/____/____ al ____/____/____ ASL _____ Regione _____;

dal ____/____/____ al ____/____/____ ASL _____ Regione _____;

dal ____/____/____ al ____/____/____ ASL _____ Regione _____;

(indicare di seguito gli eventuali periodi di sospensione dall'incarico di cui all'art. 18, comma 1 ACN 23.03.2005 vigente)

5. di svolgere/non svolgere altra attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale *(in caso affermativo indicare il tipo di attività)* _____

6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

L'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità (Allegato L all'ACN per la medicina generale) è rimandato al momento dell'eventuale assegnazione di incarico.

Allega:

- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo PEC:

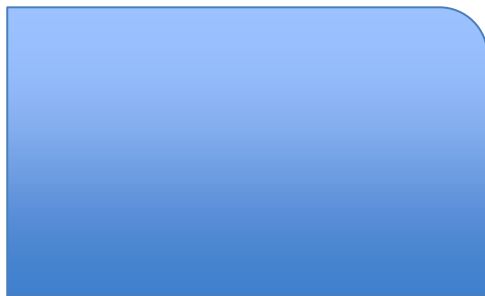
Data _____

FIRMA

(1) Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni, si invita il medico a trasmettere copia fotostatica del certificato di servizio di cui eventualmente sia già provvisto

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO
DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA
AMMINISTRAZIONE**

**SPAZIO PER MARCA DA BOLLO di € 16,00
da annullare con data e firma**



Il/La sottoscritto/a Dott.

_____ nato/a a _____ prov. _____

il ____/____/____ codice fiscale | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

consapevole delle responsabilità amministrative e penali, conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

D I C H I A R A

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ in data _____ con la marca da bollo sopra apposta e annullata.

- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

Luogo e data _____

Firma _____

AVVERTENZE

1. Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e costituisce parte integrante della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di Assistenza Primaria della Regione Calabria.

2. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e della firma sulla stessa e su parte del modulo.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta la Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Direttore Generale della Azienda Sanitaria Provinciale.

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) e il Responsabile del trattamento dei dati sono individuati dalla Azienda Sanitaria Provinciale.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari esclusivamente all'espletamento da parte di questa Azienda della formazione della graduatoria Aziendale per la assegnazione degli incarichi vacanti ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679. Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge. I dati personali saranno pubblicati sul sito aziendale nell'apposita sezione.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Destinatari dei dati personali

I Suoi dati personali saranno oggetto di comunicazione ad altre Pubbliche Amministrazioni per l'effettuazione delle verifiche relative alla veridicità delle dichiarazioni sostitutive ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, nonché per l'acquisizione, ai sensi delle vigenti disposizioni legislative, della documentazione necessaria in caso dell'eventuale instaurazione del rapporto di convenzionamento con le Aziende della Regione Calabria

Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione

Il Titolare del trattamento non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere accesso ai dati personali
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica dei dati personali inesatti
- d) ottenere la cancellazione dei dati personali qualora non fossero più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti nonché nel caso in cui i dati personali siano stati trattati illecitamente
- e) ottenere la limitazione del trattamento
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
- h) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- i) proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali

Si rammenta che il conferimento dei dati personali richiesti risulta necessario per svolgere gli adempimenti relativi alla finalità del trattamento e, pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito nella graduatoria.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver letto l'informativa che precede e di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali.

LUOGO E DATA _____

FIRMA _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI
TERRITORIALI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
PER GRADUATORIA**

All'ASP di _____

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale _____ residente a _____

prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____

cellulare _____ Pec: _____

inserito nella graduatoria regionale di medicina generale dell'anno 2021

Fa D O M A N D A

secondo quanto previsto dall'art. 5, comma 1 dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018, che richiama l'art. 34, comma 5 lett. a) dell'ACN per la medicina generale 23.03.2005 e ss.mm.ii. Per l'assegnazione degli ambiti territoriali vacanti di Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del ____/____/_____, per come di seguito indicati:

- () ASP DI _____ TUTTI
- () ASP DI _____ ambito territoriale _____
- () ASP DI _____ ambito territoriale _____
- () ASP DI _____ ambito territoriale _____
- () ASP DI _____ ambito territoriale _____
- () ASP DI _____ ambito territoriale _____
- () ASP DI _____ ambito territoriale _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

D I C H I A R A

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ conseguito in data ____/____/_____ con voto ____/____ (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);

2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____;
3. di essere iscritto nella Graduatoria Regionale – settore di assistenza primaria - valevole per l'anno 2021 con punti _____ e che, alla data di scadenza della presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria 2021 (31.01.2019), non era titolare in incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria;
4. di essere residente nel Comune _____ dal _____;
5. le seguenti precedenti residenze:
 dal _____ al _____ Comune di _____ prov. _____
 dal _____ al _____ Comune di _____ prov. _____
 dal _____ al _____ Comune di _____ prov. _____
6. di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione _____ in data _____;

DICHIARA inoltre

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria, anche se iscritto nella vigente graduatoria regionale

Il sottoscritto chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (*barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe o in mancanza di indicazione della riserva la domanda non sarà valutata*):

- () riserva per i medici in possesso del titolo di formazione in medicina generale
 () riserva per i medici in possesso di titolo equipollente.

L'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità (Allegato L all'ACN per la medicina generale) è rimandato al momento dell'eventuale assegnazione di incarico.

- di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli incarichi vacanti avverrà, previo avviso da parte dell'ASP agli interessati, tramite posta certificata.

Allega:

- **copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).**

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo PEC:

Data _____

Firma _____

1) La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO
DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA
AMMINISTRAZIONE**

**SPAZIO PER MARCA DA BOLLO di € 16,00
da annullare con data e firma**



Il/La sottoscritto/a Dott.

nato/a a _____ prov. _____

il ____/____/____ codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

consapevole delle responsabilità amministrative e penali, conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ in data _____ con la marca da bollo sopra apposta e annullata.
- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

Luogo e data _____

Firma _____

AVVERTENZE

1. Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e costituisce parte integrante della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di Assistenza Primaria della Regione Calabria.
2. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata con data e firma sulla stessa e su parte del modulo.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta la Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Direttore Generale della Azienda Sanitaria Provinciale.

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) e il Responsabile del trattamento dei dati sono individuati dalla Azienda Sanitaria Provinciale.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari esclusivamente all'espletamento da parte di questa Azienda della formazione della graduatoria Aziendale per la assegnazione degli incarichi vacanti ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679. Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge. I dati personali saranno pubblicati sul sito aziendale nell'apposita sezione.

Trasferimento dei dati personali

I Suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Destinatari dei dati personali

I Suoi dati personali saranno oggetto di comunicazione ad altre Pubbliche Amministrazioni per l'effettuazione delle verifiche relative alla veridicità delle dichiarazioni sostitutive ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, nonché per l'acquisizione, ai sensi delle vigenti disposizioni legislative, della documentazione necessaria in caso dell'eventuale instaurazione del rapporto di convenzionamento con le Aziende della Regione Calabria

Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione

Il Titolare del trattamento non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere accesso ai dati personali
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica dei dati personali inesatti
- d) ottenere la cancellazione dei dati personali qualora non fossero più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti nonché nel caso in cui i dati personali siano stati trattati illecitamente
- e) ottenere la limitazione del trattamento
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
- h) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- i) proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali

Si rammenta che il conferimento dei dati personali richiesti risulta necessario per svolgere gli adempimenti relativi alla finalità del trattamento e, pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito nella graduatoria.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver letto l'informativa che precede e di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali.

LUOGO E DATA _____

FIRMA _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI
VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(art. 34, comma 5 – lett. c)**

All'ASP di _____

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

_____ n. _____ CAP _____

cellulare _____ Pec: _____

presenta D O M A N D A

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 5– lett. c, dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018 per l'assegnazione degli incarichi vacanti di assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del ____/____/_____, come di seguito indicato:

- () ASP DI _____ TUTTI
- () ASP DI _____
- () ASP DI _____
- () ASP DI _____
- () ASP DI _____
- () ASP DI _____
- () ASP DI _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000,

D I C H I A R A

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto ____/____ (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____

3. di aver conseguito il Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale in data successiva al 31.01.2020, ossia in data ____/____/_____, presso la Regione _____;

4. di essere residente nel Comune di _____, prov. _____, dal ____/____/_____;

5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli incarichi vacanti avverrà, previo avviso da parte dell'ASP di competenza agli interessati, tramite posta certificata.

L'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità (Allegato L all'ACN per la medicina generale) è rimandato al momento dell'eventuale assegnazione di incarico.

Allega:

- **copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).**

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo PEC:

Data _____

Firma _____

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO
DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA
AMMINISTRAZIONE**

SPAZIO PER MARCA DA BOLLO
da annullare con data e firma



Il/La sottoscritto/a Dott.

nato/a a _____ prov. _____

il ___/___/_____ codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

consapevole delle responsabilità amministrative e penali, conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

D I C H I A R A

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ in data _____ con la marca da bollo sopra apposta e annullata.
- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

Luogo e data _____

Firma _____

AVVERTENZE

1. Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e costituisce parte integrante della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di Assistenza Primaria della Regione Calabria.
2. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e della firma sulla stessa e su parte del modulo.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta la Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Direttore Generale della Azienda Sanitaria Provinciale.

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) e il Responsabile del trattamento dei dati sono individuati dalla Azienda Sanitaria Provinciale.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari esclusivamente all'espletamento da parte di questa Azienda della formazione della graduatoria Aziendale per la assegnazione degli incarichi vacanti ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679. Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge. I dati personali saranno pubblicati sul sito aziendale nell'apposita sezione.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire, al titolare del trattamento, dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione

Il Titolare del trattamento non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Si rammenta che il conferimento dei dati personali richiesti risulta necessario per svolgere gli adempimenti relativi alla finalità del trattamento e, pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito nella graduatoria.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver letto l'informativa che precede e di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali.

LUOGO E DATA _____

FIRMA _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI
TERRITORIALI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(medici frequentanti il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale nella Regione
Calabria)**

All'ASP di _____

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale _____ residente a _____

prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____

cellulare _____ Pec: _____

presenta D O M A N D A

secondo quanto previsto dall'art. 9, comma 1, del Decreto Legge n.135/2018, convertito con la Legge n.12/2019, per l'assegnazione degli ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria della Regione Calabria, pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del ____/____/____, per i seguenti ambiti territoriali (indicare separatamente e con precisione gli ambiti territoriali carenti per i quali si concorre):

- () ASP DI _____ TUTTI
- () ASP DI _____ ambito territoriale _____
- () ASP DI _____ ambito territoriale _____
- () ASP DI _____ ambito territoriale _____
- () ASP DI _____ ambito territoriale _____
- () ASP DI _____ ambito territoriale _____
- () ASP DI _____ ambito territoriale _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000,

D I C H I A R A

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ conseguito in data ____/____/____ con voto ____/____
(specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);

2. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita in data _____ o nella sessione n. _____ dell'anno _____, presso l'Università di _____;

3. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____;

3. di frequentare il

primo anno secondo anno terzo anno

del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale relativo al triennio _____/_____/_____ presso la Regione Calabria, iniziato in data ____/____/_____ (indicare la data di effettivo inizio del corso);

4. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

DICHIARA inoltre

di partecipare quale medico di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12;

di partecipare quale medico di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, (ammesso al Corso di formazione tramite graduatoria riservata senza borsa di studio);

- di essere a conoscenza che l'assegnazione degli incarichi richiesti con la presente domanda avrà seguito solo qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 5 dell'A.C.N. 21.06.2018, comprese le procedure di cui al comma 17 dello stesso articolo, uno o più incarichi rimangano vacanti;

L'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità (Allegato L all'ACN per la medicina generale) è rimandato al momento dell'eventuale assegnazione di incarico.

Allega:

- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo PEC:

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta la Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Direttore Generale della Azienda Sanitaria Provinciale.

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) e il Responsabile del trattamento dei dati sono individuati dalla Azienda Sanitaria Provinciale.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari esclusivamente all'espletamento da parte di questa Azienda della formazione della graduatoria Aziendale per la assegnazione degli incarichi vacanti ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679. Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge. I dati personali saranno pubblicati sul sito aziendale nell'apposita sezione.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Destinatari dei dati personali

I Suoi dati personali saranno oggetto di comunicazione ad altre Pubbliche Amministrazioni per l'effettuazione delle verifiche relative alla veridicità delle dichiarazioni sostitutive ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, nonché per l'acquisizione, ai sensi delle vigenti disposizioni legislative, della documentazione necessaria in caso dell'eventuale instaurazione del rapporto di convenzionamento con le Aziende della Regione Calabria

Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione

Il Titolare del trattamento non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere accesso ai dati personali
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica dei dati personali inesatti
- d) ottenere la cancellazione dei dati personali qualora non fossero più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti nonché nel caso in cui i dati personali siano stati trattati illecitamente
- e) ottenere la limitazione del trattamento
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
- h) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- i) proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali

Si rammenta che il conferimento dei dati personali richiesti risulta necessario per svolgere gli adempimenti relativi alla finalità del trattamento e, pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito nella graduatoria.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver letto l'informativa che precede e di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali.

LUOGO E DATA _____

FIRMA _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI
AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
per trasferimento**

All'ASP di _____

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale _____ residente a _____

prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____

cellulare _____ Pec: _____

titolare di incarico a tempo indeterminato:

presenta DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 33, comma 5, lettera a) - lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la pediatria di libera scelta 21/06/2018, per l'assegnazione dell'ambito territoriale carente di pediatria di libera scelta dell'ASP di COSENZA come specificato nell'avviso pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del ____/____/____.

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per la Pediatria di libera scelta presso l'ASP di _____, nell'ambito territoriale di _____ della Regione _____, dal _____;

2) di essere stato precedentemente iscritto nei seguenti elenchi dei medici convenzionati per la pediatria di libera scelta:

dal _____ al _____ ASP _____ ambito _____ Regione _____

dal _____ al _____ ASP _____ ambito _____ Regione _____

dal _____ al _____ ASP _____ ambito _____ Regione _____

con anzianità complessiva di pediatria di libera scelta, pari a mesi _____, detratti i seguenti periodi di sospensione dall'incarico ai sensi dell'art. 18, comma 1, dell'ACN 29/07/2009:

dal _____ al _____ ASP _____ ambito _____ Regione _____

dal _____ al _____ ASP _____ ambito _____ Regione _____

3) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso

l'Università di _____ in data _____ con voto ____/110 o ____/100;

4) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____;

5) di aver conseguito il diploma di specializzazione in:

() pediatria

() _____

(disciplina equipollente alla pediatria di cui all'allegato B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.)

in data _____ con voto _____ presso l'Università di _____;

6) di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____.

DICHIARA inoltre

di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

L'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità (Allegato L all'ACN per la medicina generale) è rimandato al momento dell'eventuale assegnazione di incarico.

Allega:

- **copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).**

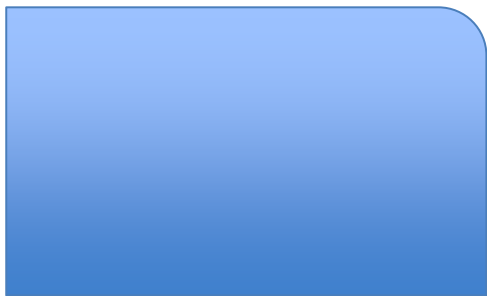
Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo PEC:

Data _____

FIRMA

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO
DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA
AMMINISTRAZIONE**

**SPAZIO PER MARCA DA BOLLO di € 16,00
da annullare con data e firma**



Il/La sottoscritto/a Dott.

nato/a a _____ prov. _____

il ___/___/_____ codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

consapevole delle responsabilità amministrative e penali, conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

D I C H I A R A

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di pediatria di libera scelta pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ in data _____ con la marca da bollo sopra apposta e annullata.

- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

Luogo e data _____

Firma _____

AVVERTENZE

1. Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e costituisce parte integrante della domanda di partecipazione all'assegnazione dell'ambito territoriale carente di pediatria di libera scelta della Regione Calabria.
2. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e della firma sulla stessa e su parte del modulo.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta la Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Direttore Generale della Azienda Sanitaria Provinciale.

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) e il Responsabile del trattamento dei dati sono individuati dalla Azienda Sanitaria Provinciale.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari esclusivamente all'espletamento da parte di questa Azienda della formazione della graduatoria Aziendale per la assegnazione degli incarichi vacanti ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679. Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge. I dati personali saranno pubblicati sul sito aziendale nell'apposita sezione.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Destinatari dei dati personali

I Suoi dati personali saranno oggetto di comunicazione ad altre Pubbliche Amministrazioni per l'effettuazione delle verifiche relative alla veridicità delle dichiarazioni sostitutive ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, nonché per l'acquisizione, ai sensi delle vigenti disposizioni legislative, della documentazione necessaria in caso dell'eventuale instaurazione del rapporto di convenzionamento con le Aziende della Regione Calabria

Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione

Il Titolare del trattamento non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere accesso ai dati personali
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica dei dati personali inesatti
- d) ottenere la cancellazione dei dati personali qualora non fossero più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti nonché nel caso in cui i dati personali siano stati trattati illecitamente
- e) ottenere la limitazione del trattamento
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
- h) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- i) proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali

Si rammenta che il conferimento dei dati personali richiesti risulta necessario per svolgere gli adempimenti relativi alla finalità del trattamento e, pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito nella graduatoria.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver letto l'informativa che precede e di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali.

LUOGO E DATA _____

FIRMA _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI
TERRITORIALI CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA - ANNO 2021
per graduatoria**

All'ASP di _____

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale _____ residente a _____

prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____

cellulare _____ Pec: _____

FA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

secondo quanto previsto dall'art. 33, comma 5, lettera c) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di libera scelta del 21/06/2018, all'avviso per l'assegnazione dell'ambito territoriale carente di pediatria di libera scelta dell'ASP di COSENZA come specificato nell'avviso pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del ____/____/_____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione),

DICHIARA

1) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____ /110 o _____ /100;

2) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____;

3) di essere in possesso del diploma di specializzazione in:

pediatria

_____ (disciplina equipollente alla pediatria di cui all'allegato B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.)

conseguito in data _____ presso l'Università di _____, con votazione _____, presso l'Università di _____;

4) di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____, dal _____;

5) di essere iscritto in graduatoria regionale di Pediatria di libera scelta, di cui all'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di libera scelta del 29/07/2009 e ss.mm.ii, della Regione Calabria, valida per l'anno 2021, con punteggio _____.

6) di essere residente nel Comune _____ dal _____;

7) le seguenti precedenti residenze:

dal	al	Comune di _____	prov. _____
dal	al	Comune di _____	prov. _____
dal	al	Comune di _____	prov. _____

8) di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta.

DICHIARA inoltre

- di essere a conoscenza che la mancata indicazione, al precedente punto 7), dei dati relativi alla residenza, comporta la non attribuzione dei punteggi aggiuntivi ai sensi dell'art. 33, comma 7. lettere b) e c) dell'ACN PLS

- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679

L'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità (Allegato L all'ACN per la medicina generale) è rimandato al momento dell'eventuale assegnazione di incarico.

Allega:

- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).

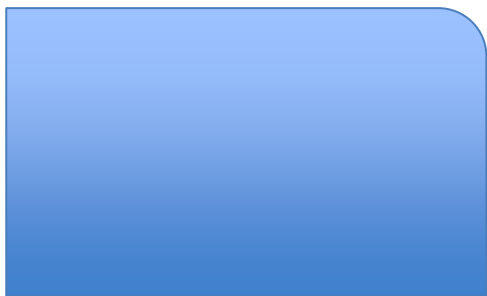
Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo PEC:

Data _____

FIRMA

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO
DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA
AMMINISTRAZIONE**

**SPAZIO PER MARCA DA BOLLO di € 16,00
da annullare con data e firma**



Il/La sottoscritto/a Dott.

nato/a a _____ prov. _____

il ___/___/_____ codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

consapevole delle responsabilità amministrative e penali, conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

D I C H I A R A

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di pediatria di libera scelta pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ in data _____ con la marca da bollo sopra apposta e annullata.
- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

Luogo e data _____

Firma _____

AVVERTENZE

1. Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e costituisce parte integrante della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di pediatria di libera scelta della Regione Calabria.
2. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e della firma sulla stessa e su parte del modulo.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta la Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Direttore Generale della Azienda Sanitaria Provinciale.

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) e il Responsabile del trattamento dei dati sono individuati dalla Azienda Sanitaria Provinciale.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari esclusivamente all'espletamento da parte di questa Azienda della formazione della graduatoria Aziendale per la assegnazione degli incarichi vacanti ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679. Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge. I dati personali saranno pubblicati sul sito aziendale nell'apposita sezione.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Destinatari dei dati personali

I Suoi dati personali saranno oggetto di comunicazione ad altre Pubbliche Amministrazioni per l'effettuazione delle verifiche relative alla veridicità delle dichiarazioni sostitutive ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, nonché per l'acquisizione, ai sensi delle vigenti disposizioni legislative, della documentazione necessaria in caso dell'eventuale instaurazione del rapporto di convenzionamento con le Aziende della Regione Calabria

Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione

Il Titolare del trattamento non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere accesso ai dati personali
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica dei dati personali inesatti
- d) ottenere la cancellazione dei dati personali qualora non fossero più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti nonché nel caso in cui i dati personali siano stati trattati illecitamente
- e) ottenere la limitazione del trattamento
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
- h) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- i) proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali

Si rammenta che il conferimento dei dati personali richiesti risulta necessario per svolgere gli adempimenti relativi alla finalità del trattamento e, pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito nella graduatoria.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver letto l'informativa che precede e di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali.

LUOGO E DATA _____

FIRMA _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI
AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA - ANNO 2021
ai sensi art. 33, comma 5, lettera d)**

All'ASP di _____

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

_____ n. _____ CAP _____

cellulare _____ Pec: _____

FA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

secondo quanto previsto dall'articolo 33, comma 5, lettera d) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta del 21/06/2018, per l'assegnazione dell'ambito territoriale carente di pediatria di libera scelta dell'ASP di COSENZA come specificato nell'avviso pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del ____/____/_____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000,

D I C H I A R A

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto ____/____ (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____
3. di aver conseguito il Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale in data successiva al 31.01.2020, ossia in data ____/____/_____, presso la Regione _____;
4. di essere residente nel Comune di _____, prov. _____, dal ____/____/_____;
5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione dell'incarico vacante avverrà, previo avviso da parte dell'ASP di competenza, all'interessato tramite posta certificata.

L'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità (Allegato L all'ACN per la medicina generale) è rimandato al momento dell'eventuale assegnazione di incarico.

Allega:

- **copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).**

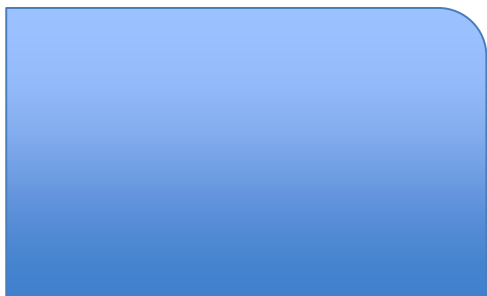
Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo PEC:

Data _____

Firma _____

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO
DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA
AMMINISTRAZIONE**

SPAZIO PER MARCA DA BOLLO
da annullare con data e firma



Il/La sottoscritto/a Dott.

nato/a a _____ prov. _____

il ___/___/_____ codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

consapevole delle responsabilità amministrative e penali, conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

D I C H I A R A

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di pediatria di libera scelta pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ in data _____ con la marca da bollo sopra apposta e annullata.
- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

Luogo e data _____

Firma _____

AVVERTENZE

1. Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e costituisce parte integrante della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di pediatria di libera scelta della Regione Calabria.
2. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e della firma sulla stessa e su parte del modulo.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta la Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Direttore Generale della Azienda Sanitaria Provinciale.

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) e il Responsabile del trattamento dei dati sono individuati dalla Azienda Sanitaria Provinciale.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari esclusivamente all'espletamento da parte di questa Azienda della formazione della graduatoria Aziendale per la assegnazione degli incarichi vacanti ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679. Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge. I dati personali saranno pubblicati sul sito aziendale nell'apposita sezione.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire, al titolare del trattamento, dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione

Il Titolare del trattamento non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Si rammenta che il conferimento dei dati personali richiesti risulta necessario per svolgere gli adempimenti relativi alla finalità del trattamento e, pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito nella graduatoria.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver letto l'informativa che precede e di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali.

LUOGO E DATA _____

FIRMA _____