



**REGIONE CALABRIA
GIUNTA REGIONALE**

**DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE E SERVIZI SOCIALI E SOCIO-
SANITARI
SETTORE 05 - MEDICINA CONVENZIONATA - CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Assunto il 01/10/2020

Numero Registro Dipartimento: 239

DECRETO DIRIGENZIALE

“Registro dei decreti dei Dirigenti della Regione Calabria”

N°. 10024 del 02/10/2020

**OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER L'AMMISSIONE AL CORSO TRIENNALE DI
FORMAZIONE SPECIFICA DI MEDICINA GENERALE 2020-202, TRAMITE GRADUATORIA
RISERVATA EX ART. 12 COMMA 3 D.L. 35-2019, CONVERTITO CON L. 60-2019.**

Settore Ragioneria Generale – Gestione Spese

VISTO di regolarità contabile attestante la copertura finanziaria, in
conformità all'allegato 4/2 del D.lgs. n. 118/2011

**Sottoscritto dal Dirigente del Settore
GIORDANO UMBERTO ALESSIO**

(con firma digitale)

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

PREMESSO CHE:

- il Decreto Legislativo 17 Agosto 1999, n. 368 disciplina, al Titolo IV, Capo I, la Formazione Specifica in Medicina Generale, prevedendo:

- agli artt. 21 e 24 che per l'esercizio dell'attività di medico chirurgo di Medicina Generale nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale è necessario il possesso del diploma di formazione specifica in Medicina Generale rilasciato a seguito della frequenza del relativo Corso di Formazione della durata di tre anni;

all' art. 25 del d.lgs. n. 368/19 che le Regioni e le Province autonome emanano ogni anno i bandi di concorso per l'ammissione al corso triennale di Formazione specifica in Medicina Generale, in conformità ai principi fondamentali definiti dal Ministero della Salute, per la disciplina unitaria del sistema;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute del 7 marzo 2006 che definisce i principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di Formazione Specifica in Medicina;

VISTO l'art. 12, co. 3, del D.L. del 30 aprile 2019, n. 35 - recante "Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria." (c.d. Decreto Calabria), convertito con modificazione con Legge n. 60/2019 - che ha introdotto, fino al 31 dicembre 2021, una ulteriore modalità di ammissione al citato Corso di formazione, tramite graduatoria riservata e senza borsa di studio;

CONSIDERATO CHE la Commissione Salute nella seduta del 22 luglio 2020 ha approvato lo schema di avviso pubblico per l'ammissione, mediante graduatoria riservata, senza borsa di studio, ai sensi dell'art. 12, comma 3 del D.L. 35/2019, convertito in L. n. 60/2019, al Corso di Formazione Specifica in medicina Generale triennio 2020/2023 ed il relativo contingente da ammettere al Corso, determinato per la Regione Calabria in n. 32 (trentadue) unità;

RITENUTO di approvare l'avviso pubblico per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale (2020 – 2023), tramite graduatoria riservata, ex art. 12 comma 3 d.l. 35/2019, convertito con L. 60/2019, di n. 32 unità (Allegato A); la domanda di ammissione (Allegato B); la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà relativa ai Titoli di servizio ed attività svolta per l'inserimento nella graduatoria riservata per l'ammissione al corso di formazione specifica in medicina generale 2020-2023 della Regione Calabria (Allegato B1) e l'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art 13 del Regolamento europeo n. 679/2016 (Allegato B2), parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

DATO ATTO CHE una copia del presente provvedimento dovrà essere trasmessa al Coordinamento Commissione Salute della Regione Emilia Romagna, per la successiva pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.;

SI ATTESTA CHE il presente provvedimento trova copertura finanziaria sul capitolo U0421110314, giusta nota prot. n. 294718 del 15.09.2020 del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio -Sanitari e conseguente D.G.R. n. 280 del 28/09/2020 avente ad oggetto: "*Variazione al bilancio di previsione 2020/2022, al documento tecnico di accompagnamento e al bilancio gestionale. Assestamento del fondo Sanitario regionale e delle risorse vincolate per l'anno 2020 (prot. nn. 259516/2020, 294718/2020 e 300699/2020)*";

**VISTI**

- il D.Lgs. n. 118/2011 contenente disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili ed egli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti Locali e dei loro Organismi;
- la DGR n. 60 del 29/04/2020, avente ad oggetto: Bilancio finanziario gestionale della Regione Calabria per gli anni 2020/2022 (art 39, Comma 10 D.LGS 23.06.2011, n. 118);
- la Legge Regionale 30/04/2020, n. 2 avente ad oggetto: "Legge di stabilità regionale 2020" - (BURC n. 40 del 30 aprile 2020);
- la Legge Regionale 30/04/2020, n. 3 avente ad oggetto: "Bilancio di previsione finanziario della Regione Calabria per gli anni 2020-2022. "- (BURC n. 40 del 30 aprile 2020);

VISTI, altresì,

- la L. R.13 maggio 1996, n. 7 recante "Norme sull'ordinamento della struttura organizzativa della Giunta Regionale e sulla Dirigenza Regionale" e s.m.i.;
- la Legge Regionale n.34/2002 e s.m.i. e ravvisata la propria competenza;
- la D.G.R. n. 91 del 15 maggio 2020 avente ad oggetto "Struttura organizzativa della Giunta Regionale - approvazione modifiche alla Deliberazione di G.R. n.63 del 15.02.2019 e s.m.i.";
- la D.G.R. n. 118 del 11 giugno 2020, avente ad oggetto "D.G.R. 91/2020 "Struttura organizzativa della Giunta regionale – approvazione modifiche alla Deliberazione di G.R. n.63 del 15.02.2019 e s.m.i."- INTEGRAZIONI";
- la D.G.R. n. 144 del 18.06.2020 avente ad oggetto "D.G.R. n. 98/2020 "Struttura organizzativa della Giunta Regionale – Approvazione modifiche alla Deliberazione di G.R. n. 63 del 15.02.2019;
- la D.G.R. n. 161 del 29 giugno 2020 ed il successivo D.P.G.R. n. 95 del 29 giugno 2020, di nomina del Dott. Francesco Bevere quale Dirigente Generale del Dipartimento "Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari" della Giunta della Regione Calabria;
- il D.D.G. n. 8751 del 26 agosto 2020 di conferimento dell'incarico di Dirigente del Settore n. 5 alla Dott.ssa Giuseppina Fersini;
- la nota prot. n. 295340 de 16 settembre 2020 con cui è stato conferito alla dott.ssa Anna Trapasso l'incarico di responsabile del procedimento ai sensi degli artt. 5 e 6 della L. 241/90 e artt. 4 e 5 L.R. 19/01;

ATTESTATA, sulla scorta dell'istruttoria effettuata, la regolarità amministrativa nonché la legittimità e correttezza del presente atto;

DECRETA

DI APPROVARE l'Avviso pubblico per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale (2020 – 2023) tramite graduatoria riservata, ex art. 12 comma 3 d.l. 35/2019, convertito con L. 60/2019, di n. 32 unità (Allegato A); la domanda di ammissione (Allegato B); la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà relativa ai Titoli di servizio ed attività svolta per l'inserimento nella graduatoria riservata per l'ammissione al corso di formazione specifica in medicina generale 2020-2023 della Regione Calabria (Allegato B1) e l'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art 13 del Regolamento europeo n. 679/2016 (Allegato B2), parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;



DI PROVVEDERE alla pubblicazione del provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria a cura del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche sanitarie ai sensi della L.R. 6 aprile 2011 n. 11 e sul sito istituzionale della Regione Calabria, ai sensi del d.lgs. 14 marzo 2013 n. 33;

DI INVIARE comunicazione dell'adozione del presente provvedimento e della pubblicazione del bando sul BURC al Ministero della Salute, per la successiva pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana;

DI TRASMETTERE copia del presente decreto agli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Calabria.

Sottoscritta dal Responsabile del Procedimento

TRAPASSO ANNA
(con firma digitale)

Sottoscritta dal Dirigente

FERSINI GIUSEPPINA
(con firma digitale)



Fac-simile domanda (Allegato B)
(Compilare in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile)

Inviare via PEC all'indirizzo: medicinaconvenzionata.salute@pec.regione.calabria.it

Alla Regione Calabria
Al Dipartimento Tutela della Salute, Servizi Sociali e
Socio-Sanitari
Settore n. 5 - Medicina Convenzionata e
Continuità Assistenziale

Il/La sottoscritto/a _____
(Cognome e Nome)

nato/a _____ Provincia _____

il _____ e residente a _____ (provincia di _____)

in via/piazza _____ n.civico _____ CAP _____

telefono fisso _____ cellulare _____

codice fiscale _____

PEC _____

E-MAIL _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 12 comma 3 del DL 35/2019 convertito con L. 60/2019 e alla D.G.R. n. _____ del _____, di essere ammesso/a tramite graduatoria riservata, senza borsa di studio, al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2020/23 di cui al D. Lgs. n.368 del 17.8.1999 e succ. mod. e int., organizzato a tempo pieno,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:



1. di essere:

- ☐ cittadino italiano
☐ cittadino di Stato membro dell'Unione

Europea _____ (indicare la cittadinanza di Stato dell'Unione Europea)

2. di essere cittadino _____ (indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'UE)

non avente cittadinanza di Stato membro UE, di essere familiare di _____

(indicare COGNOME e NOME del familiare)

cittadino di _____ Stato membro UE e in possesso di uno dei
(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

- ☐ 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 la votazione di _____
(specificare se il voto è espresso su base 110 o su base 100);

5. di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, conseguito:

☐ presso l'Università di _____ il _____

OVVERO *(per coloro che hanno acquisito l'abilitazione all'estero)*

☐ con Decreto Ministeriale numero _____ del _____

6. di essere/non essere iscritto/a all'albo dell'ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri di _____;

7. di essere risultato idoneo al concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale della Regione Calabria 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 2020/23;

Dichiara inoltre:

- di non avere presentato domanda di inserimento nella graduatoria riservata, senza borsa di studio, al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2020/23 in altra Regione o Provincia autonoma, pena esclusione dal corso qualora la circostanza venisse appurata successivamente;
- di:
 - ☐ non essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia
 - ☐ essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia _____
(se si indicare quale)
- di accettare tutte le disposizioni dell'avviso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale 2020/23 della Regione Calabria tramite graduatoria riservata ex art. 12, comma 3 del D.L. 35/2009 convertito con L. 60/2019;
- di aver preso visione dell'informativa, allegato B3), per il trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento europeo n. 679/2016.

Allega n. ____ dichiarazioni sostitutive di atto notorio relative ai titoli di servizio di cui all'art. 3, Titolo II "Titoli di servizio", ACN 21 giugno 2018).

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 regionale non si assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Data: _____

Firma

NOTA BENE: ALLA DOMANDA DOVRÀ ESSERE ALLEGATA SCANSIONE DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ.



(Allegato B1)

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 2020-2023 DELLA REGIONE XXXXXXXX**

Il sottoscritto Dott. _____
Cognome Nome

[illegible]

- 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 alla D.G.R. n. _____ del _____, al corso triennale di formazione specifica in medicina generale anni 2020/23, organizzato a tempo pieno, consapevole delle sanzioni amministrative e penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000,
- ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, 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 Regione XXXXXXXXX:** *(p. 0,30 per mese di attività)**

dal.....al..... Azienda.....
dal al Azienda.....
dal.....al..... Azienda.....:

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

[illegible]



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

4. Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale del titolare e sostituzioni d'ufficio, anche se di durata inferiore a 5 giorni continuativi. (p.0,20 per mese)*dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....**5. 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****7. Servizio effettivo nella emergenza sanitaria territoriale, con incarico a tempo indeterminato ☐ determinato ☐ provvisorio ☐ o di sostituzione ☐:** (p.0,20 per mese di attività)*dal.....al.....A.S.L.**.....
dal.....al.....A.S.L.**.....
dal.....al.....A.S.L.**.....
dal.....al.....A.S.L.**.....
dal.....al.....A.S.L.**.....

**8. Servizio effettivo nella medicina dei servizi territoriali con incarico a tempo indeterminato ☐ o di sostituzione ☐:***(barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)**(p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)**

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

Gennaio dal al ore 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

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

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

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 UU.SS.LL: **(p. 0,20 per mese di attività)*

ASL **di dal al.....

ASL **di dal al.....

ASL **di dal al.....

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

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

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

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
Ente **	Stato	dal	al
Ente **	Stato	dal	al

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



dal ____/____/____ al ____/____/____ presso Azienda _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ presso Azienda _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ presso Azienda _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ presso Azienda _____

Il sottoscritto dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Luogo e data _____ **Firma per esteso (2)** _____

- (1) *Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000)*
- (2) *Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.*

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 _____

Luogo e data _____ **Firma per esteso (1)** _____

(1) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.



(Allegato B2)

INFORMATIVA per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art 13 del Regolamento europeo n. 679/2016

Premessa

Ai sensi dell'art. 13 dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679, la Regione Calabria con sede c/o Cittadella Regionale - Viale Europa, Località Germaneto 88100 - Catanzaro, in qualità di "titolare" del trattamento dei dati personali, è tenuta a fornire le informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali che La riguardano al fine di assicurarne la correttezza, liceità, trasparenza e tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Identità e i dati di contatto del titolare del trattamento

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, La informiamo che il Titolare del trattamento dei dati è la Regione Calabria nella persona del suo rappresentante legale pro tempore individuato nel Presidente della Giunta Regionale. Il Titolare del Trattamento in virtù di deliberazione di Giunta Regionale n.626 del 14 dicembre 2018 e del DPGR m. 41 del 30/01/2019 ha delegato i dirigenti dei Settori Affari Generali dei Dipartimenti e i dirigenti delle strutture della Giunta Regionale assimilate. **Il Responsabile della protezione dei dati personali**

Il responsabile della protezione dei dati (DPO), ai sensi dell'art 13.1, lett. b) Reg. UE 679/2016) è l'Avv. Angela Stellato, nominata con D.P.G.R. n. 40 del 01/06/2018, indirizzo e-mail: angela.stellato@regione.calabria.it, pec: rpdp@pec.regione.calabria.it;

Base giuridica e Finalità del Trattamento

Il trattamento dei suoi dati personali viene effettuato dalla Regione Calabria per lo svolgimento di funzioni istituzionali e, pertanto, ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. e) Reg. 679/2016 non necessita del suo consenso. I dati personali sono trattati esclusivamente per l'espletamento di questa selezione e per la gestione del corso di formazione.

In elenco, le finalità per cui i dati personali dell'Interessato verranno trattati:

- gestione giuridica del corso di formazione;
- accesso all'elenco degli iscritti;
- svolgimento delle prove d'esame;
- redazione del verbale della prova;
- redazione della graduatoria;
- pubblicazione ammessi alle attività formative;
- gestione presenze durante il corso;
- redazione verbali di esame
- tenuta dei fascicoli cartacei ed informatizzati;
- gestione banca dati cartacea ed informatizzata;
- gestione contenzioso;
- elaborazione, predisposizione e liquidazione borse di studio;
- gestione flussi informativi spese;
- stampa digitale degli attestati;
- tenuta del fascicolo digitale formativo individuale.

I dati sensibili (inerenti lo stato di salute) sono comunicati dall'interessato nel caso in cui richieda di avere particolari ausili o servizi durante lo svolgimento della prova o per le finalità istituzionali previste dalla legge inerenti al Suo percorso formativo. Si precisa che i dati sono trattati con o senza l'ausilio di strumenti elettronici; in quest'ultima ipotesi, i sistemi



informatici sono dotati, in adempimento delle disposizioni del Capo IV del Regolamento (UE) 2016/679, di misure di sicurezza atte a prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati.

Eventuali destinatari o eventuali categorie di destinatari dei dati personali

I dati personali dell'Interessato, ai sensi dell'art. 13.1, lett. e) Reg. 679/2016), nei casi in cui risultasse necessario, potranno essere comunicati (con tale termine intendendosi il darne conoscenza ad uno o più soggetti determinati):

- ai soggetti la cui facoltà di accesso ai dati è riconosciuta da disposizioni di legge, normativa secondaria, comunitaria, nonché di contrattazione collettiva;
- agli uffici postali, a spedizionieri ed a corrieri per l'invio di documentazione e/o materiale;
- a istituti bancari per la gestione d'incassi e pagamenti derivanti dall'esecuzione dei contratti.

Si rende edotto l'Interessato che i suoi dati personali verranno trasmessi a soggetti terzi (indicare gli eventuali soggetti terzi):

- Altre Amministrazioni pubbliche;
- Autorità giudiziarie;
- Enti previdenziali;
- Agenzia delle Entrate;
- Legali di parte (dichiarazioni terzi);
- Altri Dipartimenti regionali;
- Società aggiudicataria gestione attività di sicurezza;
- Medici competenti;
- Enti pubblici connessi al processo formativo;
- Enti, società, scuole di formazione affidatarie di servizi formativi;
- Società informatiche affidatarie degli applicativi della Regione Calabria.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/ 679. Il trattamento dei dati sarà effettuato tramite l'utilizzo di idonee procedure che evitino il rischio di perdita, accesso non autorizzato, uso illecito e diffusione, nel rispetto dei limiti e delle condizioni posti dal Regolamento UE 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 i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

In particolare verranno adottate le seguenti **misure di sicurezza**:

- [] misure specifiche poste in essere per fronteggiare rischi di distruzione, perdita, modifica, accesso, divulgazione non autorizzata, la cui efficacia va valutata regolarmente;
- [] Sistemi di autenticazione;
- [] sistemi di protezione (antivirus, firewall, antintrusione, altro) adottati per il trattamento;
- [] Sicurezza anche logistica (utilizzo di archivi dotati di adeguate chiusure di sicurezza);

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea

Conferimento dei dati

Il conferimento di tali dati è indispensabile per lo svolgimento delle procedure concorsuali. Il mancato conferimento comporterà l'impossibilità di partecipare al



concorso, per esami, per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2019/2022 indetto dalla Regione Calabria.

La informiamo che potrà ottenere ulteriori informazioni sul trattamento dei dati e sull'esercizio dei suoi diritti nonché sulla disciplina normativa in materia ai seguenti link:

Descrizione	Link
Pagine web del Titolare	http://portale.regione.calabria.it/webcite/priva cy/
Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati) (Testo rilevante ai fini del SEE)	https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2016.1.19.01.0001.01.ITA
Garante europeo della protezione dei dati (GEPD)	https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-data-protection-supervisor_it
Garante italiano della protezione dei dati	http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a Regione Calabria – Dipartimento Organizzazione e risorse umane all'indirizzo postale della sede legale Viale Europa, Località Germaneto, 88100 Catanzaro o all'indirizzo PEC: rpd@pec.regione.calabria.it.



REGIONE CALABRIA
REGIONE CALABRIA
GIUNTA REGIONALE

DIPARTIMENTO BILANCIO, PATRIMONIO E FINANZE
SETTORE Ragioneria Generale – Gestione Spese

N. 239/2020

DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE E SERVIZI SOCIALI E SOCIO-SANITARI SETTORE 05 - MEDICINA CONVENZIONATA - CONTINUITA' ASSISTENZIALE

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER L'AMMISSIONE AL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA DI MEDICINA GENERALE 2020-202, TRAMITE GRADUATORIA RISERVATA EX ART. 12 COMMA 3 D.L. 35-2019, CONVERTITO CON L. 60-2019

SI ESPRIME

VISTO di regolarità contabile, in ordine alla spesa, attestante la copertura finanziaria, in conformità all'allegato 4/2 del D.lgs. n. 118/2011

Catanzaro, 02/10/2020

Sottoscritta dal Dirigente del Settore
GIORDANO UMBERTO ALESSIO
(con firma digitale)