



**REGIONE CALABRIA
GIUNTA REGIONALE**

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

Assunto il 09/06/2021

Numero Registro Dipartimento: 611

DECRETO DIRIGENZIALE

“Registro dei decreti dei Dirigenti della Regione Calabria”

N°. 5988 del 09/06/2021

OGGETTO: RETTIFICA DECRETO N. 5554 DEL 28 MAGGIO 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

PREMESSO CHE

con il decreto n. 5554 del 28 maggio 2021 si è preso atto degli ambiti territoriali carenti di Emergenza Sanitaria Territoriale relativamente agli anni 2018, 2019 e 2020 individuati dalle Asp di Cosenza, Catanzaro, Vibo Valentia e Reggio Calabria, ai fini delle assegnazioni da parte delle competenti Aziende successivamente alla sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria;

CONSIDERATO CHE

il decreto citato prevede erroneamente la seguente disposizione: *“limitatamente agli incarichi da assegnare per le postazioni rese vacanti nell’anno 2020 e, in caso di non copertura delle postazioni vacanti, trova applicazione la disposizione contenuta nel comma 6 bis aggiunto dall’ACN 18/06/2020 per effetto dell’articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 (...);*

RITENUTO

doversi eliminare il riferimento all’anno 2020 indicato come di seguito: *“limitatamente agli incarichi da assegnare per le postazioni rese vacanti nell’anno 2020 e,”*, in quanto determina una limitazione temporale non prevista normativamente, per cui la disposizione corretta è la seguente: *“in caso di non copertura delle postazioni vacanti, trova applicazione la disposizione contenuta nel comma 6 bis aggiunto dall’ACN 18/06/2020 per effetto dell’articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 (...);*

PRECISATO che rimane inalterato il rimanente testo dell’atto sopracitato che si ripropone, unitamente a tutti gli allegati, ai fini della dovuta pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria per la decorrenza del termine di presentazione delle domande di partecipazione;

VISTO

il comma 3 dell’art. 92 dell’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 23/03/2005 e s.m.i, come sostituito dall’Accordo intervenuto il 21/06/2018, in base al quale *"ciascuna Regione (...) pubblica sul Bollettino ufficiale gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale"*, comunicati dalle rispettive Aziende sanitarie che hanno provveduto alla loro rilevazione ai fini della necessaria copertura;

DATO ATTO CHE

ai sensi dell’articolo 15 *Graduatoria regionale* del citato ACN 23 marzo 2005 e s.m.i, come sostituito dall’articolo 2 dell’ACN 21/06/2018, sono state predisposte a livello regionale apposite graduatorie dei medici da incaricare per l’espletamento delle attività di settore della medicina generale disciplinate dall’Accordo;

l’Amministrazione regionale ha provveduto ad approvare le graduatorie regionali dei medici di medicina generale valevoli per le singole annualità, rispettivamente con:

Decreto Dirigente Generale n. 3226 del 12/04/2018 la graduatoria valevole per l’anno 2018, successivamente rettificata con Decreto Dirigente Generale n. 7622 del 13/07/2018;

Decreto Dirigente Generale n. 4095 del 29/03/2019 la graduatoria valevole per l’anno 2019 distinta per settori in relazione alle attività di Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale ed Emergenza Sanitaria Territoriale;

Decreto Dirigente Generale n. 13539 del 15/12/2020 la graduatoria unica valevole per l'anno valevole per l'anno 2020;

PRESO ATTO

delle richieste di pubblicazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale individuati dalle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione Calabria con apposite deliberazioni, relativamente agli anni 2018, 2019 e 2020, comunicate e conservate agli atti della struttura regionale competente e indicati nei prospetti riepilogativi All.1/2018, All.2/2019 e All.3/2020, che sono allegati al presente provvedimento costituendone parte integrante e sostanziale;

PRECISATO

che ciascuna Azienda Sanitaria Provinciale provvederà al conferimento degli incarichi individuando gli aventi diritto nel rispetto dei criteri di cui all'art. 92 dell'ACN per la Medicina Generale 23/03/2005, come sostituito dall'articolo 7 dell'ACN 21/06/2018 e integrato dall'articolo 11 dell'ACN 18/06/2020, mediante l'adozione del relativo provvedimento di conferimento dell'incarico;

che, pertanto, possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici che, come da comma 5 della nuova versione dell'articolo 92 dell'ACN 21/06/2018, sono in possesso di attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione di cui all'articolo 96 dell'ACN menzionato, nonché i medici che rientrano nelle ipotesi delineate dal successivo comma 6 del citato articolo 92 dell'ACN per la Medicina Generale 23/03/2005 e smi, come sostituito dall'articolo 7 dell'ACN 21/06/2018 e integrato dall'articolo 11 dell'ACN 18/06/2020;

i medici già titolari di incarico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento, così come stabilito dal comma 7 dell'articolo 92 dell'ACN 23/03/2005 e smi, come sostituito dall'ACN 21/06/2018;

che i medici aspiranti al conferimento degli incarichi dovranno presentare domanda di partecipazione entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione del presente atto nel BURC, tramite i modelli di domanda allegati con apposizione della marca da bollo dell'importo attuale di euro 16,00 secondo la normativa vigente, come indicato nel comma 4 dell'art. 92 nella versione integrata dall'Accordo del 21 giugno 2018;

Ravvisata la necessità ed urgenza di procedere in merito

VISTI i seguenti atti

- la Legge regionale 13 maggio 1996, n. 7, recante "Norme sull'ordinamento della struttura organizzativa della Giunta Regionale e sulla dirigenza regionale" ed in particolare l'articolo 28 che individua compiti e responsabilità del Dirigente con funzioni di Dirigente Generale;
- il Decreto n. 354 del 24 giugno 1999 del Presidente della Giunta Regionale concernente la separazione dell'attività amministrativa di indirizzo e di controllo da quella gestionale, modificato con D.P.G.R. 206 del 15 dicembre 2000;
- la Delibera di Giunta Regionale n. 91 del 15-05-2020 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." con la quale viene modificata la struttura organizzativa del Dipartimento Tutela della salute e Politiche sanitarie in "Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari" ;
- la successiva Deliberazione di Giunta Regionale n. 118 dell'11 giugno 2020, con cui è stata differita la data di entrata in vigore del predetto regolamento regionale, fissandola al 22 giugno 2020;
- 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 DGR n. 109 del 31.03.2021 avente ad oggetto "Individuazione Dirigente Generale Reggente del Dipartimento Tutela della Salute, Servizi Sociali e Socio Sanitari"

- il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 26 del 01/04/2021 con il quale è stato conferito al dott. Giacomino Brancati l'incarico di Dirigente Generale Reggente del Dipartimento "Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari", ai sensi e per gli effetti di cui all'art 32 della Legge Regionale 13 maggio 1996 n. 7;
- 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;

Attestata, sulla scorta dell'istruttoria effettuata dal Responsabile del procedimento, la regolarità amministrativa, nonché la legittimità e correttezza del presente atto;

DECRETA

Per le motivazioni espresse in narrativa che qui si intendono integralmente riportate:

Di rettificare il precedente decreto n. 5554 del 28 maggio 2021 per i motivi sopra indicati con la eliminazione della seguente previsione "*limitatamente agli incarichi da assegnare per le postazioni rese vacanti nell'anno 2020 e,*" erroneamente indicata e di riproporre il testo del decreto nella versione corretta;

Di disporre la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale relativi alle annualità 2018, 2019 e 2020 individuati con apposite deliberazioni dalle Aziende Sanitarie Provinciali regionali trasmesse e conservate agli atti della struttura regionale competente e riportati nei prospetti riepilogativi delle postazioni vacanti, rispettivamente All.1/2018, All.2/2019 e All.3/2020, allegati al presente provvedimento costituendone parte integrante e sostanziale;

Di precisare che

- possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati negli allegati sopracitati, i medici che, come indica il comma 5 del nuovo articolo 92 di cui all'ACN 21/06/2018, sono in possesso di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'articolo 96 dell'ACN menzionato, nonché i medici che rientrano nelle ipotesi delineate dal successivo comma 6 sempre del nuovo articolo 92 dell'ACN introdotto dall'articolo 7 dell'ACN 21/06/2018 e integrato dall'articolo 11 dell'ACN 18/06/2020, e cioè:
- i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in cui si è reso vacante la postazione e che sono in possesso dei requisiti necessari per le attività di emergenza sanitaria territoriale secondo l'ordine di priorità specificato alle lettere b) e c) del suddetto articolo;
- i medici già titolari di incarico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento, come da comma 7 dell'articolo 92 dell'ACN 23/03/2005 nella versione sostituita dall'ACN 21/06/2018, che al comma 8 ne stabilisce l'ordine di gradazione;
- possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti i medici in formazione, in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'emergenza sanitaria territoriale di cui all'articolo 96;
- in caso di non copertura delle postazioni vacanti, trova applicazione la disposizione contenuta nel comma 6 bis aggiunto dall'ACN 18/06/2020 per effetto dell'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, che stabilisce (...) *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*
- gli aspiranti medici dovranno presentare domanda di partecipazione alle Aziende Sanitarie Provinciali di riferimento entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione del presente atto nel BURC, utilizzando i modelli di domanda allegati al presente provvedimento costituendone parte integrante e sostanziale, provvedendo ad apporre la marca da bollo dell'importo attuale di euro 16,00 secondo la normativa vigente, come indicato

nel comma 4 dell'art. 92 nella versione integrata dall'Accordo del 21 giugno 2018 e ad inoltrarli agli indirizzi che saranno loro indicati dalle singole Aziende Sanitarie Provinciali;

- le domande dovranno essere conformi ai seguenti allegati:

Allegato **A- EST** *domanda per trasferimento*

Allegato **B- EST** *domanda per assegnazione secondo graduatoria regionale dei Medici di medicina generale*

Allegato **C-EST** *domanda per medici con diploma formazione*

Allegato **D-EST** *domanda per medici frequentanti Corso formazione specifica in Medicina Generale*

Allegato **L-** *Autocertificazione informativa*

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 BURC 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)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
PER TRASFERIMENTO**

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO

□□□□□□□□□□□□□□□□

Al Direttore Generale

Azienda Sanitaria Provinciale 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 Emergenza Sanitaria Territoriale:

presenta DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 92 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 2005 e s.m.i., nella procedura di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del ___/___/_____, per i seguenti incarichi vacanti (indicare separatamente e con precisione gli incarichi per i quali si concorre):

POSTAZIONE _____

POSTAZIONE _____

POSTAZIONE _____

POSTAZIONE _____

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 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 emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di _____ della Regione _____ dal ____/____/____;

4. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale:

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

5. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;

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.

Allega:

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

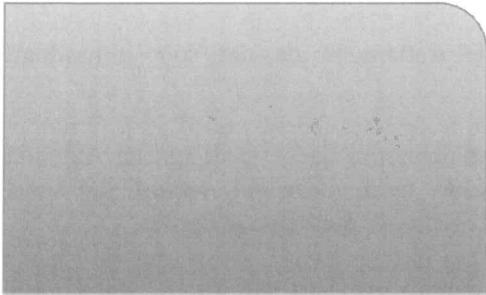
Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo PEC:

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 Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bolletino 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 Emergenza Sanitaria Territoriale 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.
3. Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato nell'apposito spazio posto in alto a sinistra del modulo di domanda.

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 INCARICHI
VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
PER GRADUATORIA**

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO

□□□□□□□□□□□□□□□□

Al Direttore Generale

Azienda Sanitaria Provinciale 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 2018** approvata con Decreto Dirigente Generale n. 3226 del 12/04/2018 rettificata con
Decreto Dirigente Generale n. 7622 del 13/07/2018

() **anno 2019** approvata con Decreto Dirigente Generale n. 4095 del 29/03/2019

() **anno 2020** approvata con Decreto Dirigente Generale n. 13539 del 15.12.2020

Fa D O M A N D A

secondo quanto previsto dall'art. 92 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 2005 e s.m.i., nella procedura di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del ____/____/_____, per i seguenti incarichi vacanti (indicare separatamente e con precisione gli incarichi per i quali si concorre):

POSTAZIONE _____

POSTAZIONE _____

POSTAZIONE _____

POSTAZIONE _____

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 valevole per l'anno 2020 con punti _____ e che, alla data di scadenza della presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria 2020 (31.01.2018), non era titolare in incarico a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale;

4. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'Emergenza Sanitaria Territoriale

5. di essere residente nel Comune _____ dal _____

6. di essere in possesso dell'Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale;

7. 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.

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 _____

3. Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato nell'apposito spazio posto in alto a sinistra del modulo di domanda.

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 EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(medici che hanno conseguito il Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale
successivamente al 31.01.2019)**

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO

□□□□□□□□□□□□□□□□

Al Direttore Generale

Azienda Sanitaria Provinciale 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. 7 comma 1, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale siglato il 21/06/2018, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del ____/____/_____, per i seguenti incarichi vacanti (indicare separatamente e con precisione gli incarichi per i quali si concorre):

POSTAZIONE _____

POSTAZIONE _____

POSTAZIONE _____

POSTAZIONE _____

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 31.01.2019, ossia in data ____ / ____ / _____;

4. di essere in possesso dell'Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto dall'art. 96 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 23.03.2005 e s.m.i, conseguito in data _____ presso la Regione _____

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

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.

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 _____

N.B. La mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza comporta la non assegnazione delle priorità previste dall'art. 92, comma 13, del vigente ACN.

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 INCARICHI
VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(medici frequentanti il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale nella Regione
Calabria)**

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO

□□□□□□□□□□□□□□□□

Al Direttore Generale

Azienda Sanitaria Provinciale 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. 92 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 2005 e s.m.i., nella procedura di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del ___/___/_____, per i seguenti incarichi vacanti (indicare separatamente e con precisione gli incarichi per i quali si concorre):

POSTAZIONE _____

POSTAZIONE _____

POSTAZIONE _____

POSTAZIONE _____

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 secondo terzo

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

4. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto dall'art. 96 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 23.03.2005 e s.m.i. conseguito presso l'Azienda Sanitaria di _____ Regione _____ in data _____

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 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 verrà eventualmente interpellato qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 92, comma 6, lettere a), b) e c), uno o più incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale rimarranno vacanti, come previsto dall'ACN 18/06/2020;
- di essere a conoscenza che potrà partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo se iscritto al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale istituito presso la Regione Calabria.

Allega:

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

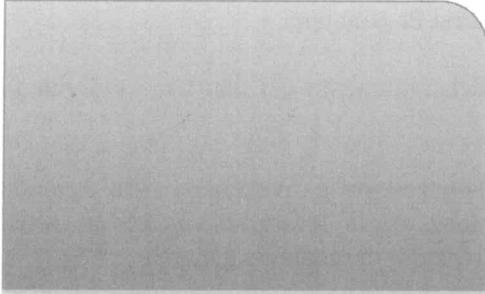
Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo PEC:

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 Emergenza Sanitaria Territoriale 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 Emergenza Sanitaria Territoriale 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.
3. Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato nell'apposito spazio posto in alto a sinistra del modulo di domanda.

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 _____

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Allegato L dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale

Il sottoscritto Dott. _____ nato
 a _____ il _____ residente a _____
 Via/Piazza _____ n. _____ iscritto all'Albo dei _____
 _____ della Provincia di _____,
 ai sensi e agli effetti dell'art.47, del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

Dichiara

1. di essere/ non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati: Soggetto..... ore settimanali.....
 Via..... Comune di..... Tipo di rapporto di lavoro..... Periodo: dal.....

2. di essere/non essere titolare di incarico come medico di Assistenza Primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____
 Azienda _____

3. di essere/non essere titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte. Periodo: dal _____ -

4. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____
 _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____
 _____ ore sett. _____

5. di essere/non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni:

Provincia _____ branca _____

Periodo: dal.....

6. di avere/non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n.

502/92: Azienda _____ Via _____

Tipo di attività

Periodo: dal

7. di essere/non essere titolare di incarico di guardia medica, nella Continuità Assistenziale o nell'Emergenza Sanitaria Territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato, nella Regione Calabria o in altra Regione:

Regione: _____ Azienda _____

ore sett. _____ , in forma attiva o in forma di disponibilità

8. di essere/non essere iscritto a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n.256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso _____ Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal

9. di operare/non operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni.

Organismo _____ Ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di Attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal.....

10. operare/non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo _____ Ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di Attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal.....

11. svolgere/non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

12. svolgere/non svolgere per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____ --

13. avere/non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

Periodo: dal

14. essere/non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale: _____

15. fruire/non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale: Periodo: dal

16. svolgere/non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scriva: nessuna)

Periodo: dal _____

17. essere/non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato:

Azienda _____ Comune _____ ore
sett. _____ Tipo di attività _____ periodo: dal _____

18. operare/non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai punti 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai punti 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico _____ Via _____
_____ Comune di _____

Tipo di attività _____ Tipo di rapporto di lavoro: _____
_____ Periodo: dal _____

19. essere/non essere titolare di trattamento di pensione: _____

_____ Periodo: dal _____

20. fruire/non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15:

Pensionato dal _____ Soggetto erogante trattamento pensionistico:

21. di avere/non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale. In caso affermativo, e solo se riferiti ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata _____

22. di essere/ non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, l'Ordine dei Medici , la durata e la data (in caso di sospensione/cancellazione dall'Albo) _____

23. di avere/non avere riportato condanne penali e di avere/non avere procedimenti penali pendenti; in caso affermativo, specificare le condanne riportate, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e specificare i carichi pendenti: _____

NOTE:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede,

Data _____

Firma _____

Indicazioni per la compilazione: cancellare la parte che non interessa ("essere" o "non essere"- avere/non avere) e completare con le notizie richieste negli appositi spazi; qualora necessario utilizzare lo spazio in calce al foglio alla voce **NOTE**.

Incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale individuati dall'ASP di **Cosenza**
Delibera n. 765 del 02/10/2019

| Emergenza Sanitaria Territoriale ASP COSENZA-PET-PPI | N. incarichi vacanti al 1 MARZO 2018 (38 h/sett) |
|---|---|
| Rossano (PET) | 1 |
| Mormanno (PET) | 2 |
| Cassano allo Jonio (PET) | 1 |
| Praia a Mare (PET) | 1 |
| Mormanno (PPI) | 2 |
| Lungro (PPI) | 2 |
| Lungro (PET) | 1 |
| San Marco Argentano (PPI) | 5 |
| Cariati (PPI) | 6 |
| TOTALE | 21 |

Incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale individuati dall'ASP di **Catanzaro**
 Delibere n.126 del 17/03/2020 e 541 del 16/09/2020, integrate e rettificata dalla Delibera n.585 del 22/09/20 e dalla
 Delibera n.344 del 28/03/2021

| Emergenza Sanitaria Territoriale ASP CATANZARO- PET | N. incarichi vacanti all'anno 2019 |
|--|---|
| Girifalco | 4 |
| Maida | 1 |
| Sellia | 3 |
| Sersale | 4 |
| Soveria Mannelli | 2 |
| Tiriolo | 3 |
| TOTALE | 17 |

Incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale individuati dall'ASP di **Cosenza**
 Delibera n. 463 del 12/06/2019, rettificata e integrata con Delibera n. 797 del 2/10/2019

| Emergenza Sanitaria Territoriale ASP COSENZA-PET/PPI | N. incarichi vacanti al 1 MARZO 2019 (38 h/sett) |
|---|---|
| Rossano | 1 |
| Cariati | 1 |
| Cetraro | 1 |
| Praia a Mare | 1 |
| Mormanno (PPI) | 1 |
| Lungro | 1 |
| Paola | 1 |
| TOTALE | 7 |

Incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale individuati dall'ASP **Cosenza**
 con Delibera n. n. 1067 del 21.11.2019

| Emergenza Sanitaria Territoriale ASP COSENZA- PET | N. incarichi vacanti al 1 settembre 2019 (38 h/sett) |
|--|---|
| Amantea | 1 |
| Paola | 1 |
| Cetraro | 1 |
| San Giovanni in Fiore | 1 |
| TOTALE | 4 |

Incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale individuati dall'ASP di **Catanzaro**
Delibere n.126 del 17/03/2020 e 541 del 16/09/2020, integrate e rettificata dalla Delibera n.585 del 22/09/20 e dalla
Delibera n. 344 del 28/03/2021

| Emergenza Sanitaria Territoriale ASP CATANZARO- PET | N. incarichi vacanti al 1 settembre 2020 |
|--|---|
| Isca | 2 |
| Lamezia Terme | 2 |
| Soveria Mannelli | 1 |
| Tiriolo | 1 |
| TOTALE | 6 |

Incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale individuati dall'ASP di **Cosenza**
Delibera n. 682 del 12 agosto 2020

| Emergenza Sanitaria Territoriale ASP COSENZA- PET | N. incarichi vacanti al 1 marzo 2020 (38 h/sett) |
|--|---|
| Cassano allo Jonio | 1 |
| S. Marco Argentano | 1 |
| Cariati | 1 |
| TOTALE | 3 |

Incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale individuati dall'ASP di **Vibo Valentia**
Delibera n. 489 del 26 marzo 2021 (confermata con nota del 13.05.2021)

| Emergenza Sanitaria Territoriale ASP VIBO VALENTIA- PET | N. incarichi vacanti al 01 settembre 2020 |
|--|--|
| Serra San Bruno | 2 |
| Soriano Calabro | 1 |
| Vibo Valentia | 5 |
| Tropea | 2 |
| TOTALE | 10 |

Incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale individuati dall'ASP di **Reggio Calabria**
Delibera n. 1020 del 23/12/2020 rettificata con Delibera n. 526 del 24 maggio 2021

| Emergenza Sanitaria Territoriale ASP REGGIO CALABRIA - PET | N. incarichi vacanti al 01 marzo 2020 |
|---|--|
| Reggio Calabria Centro | 2 |
| Reggio Calabria Sud | 1 |
| S. Eufemia d'Aspromonte | 2 |
| Gioia Tauro | 1 |
| Oppido Mamertina | 5 |
| Polistena | 1 |
| | |
| TOTALE | 12 |

| Emergenza Sanitaria Territoriale ASP REGGIO CALABRIA - PET/PPI | N. incarichi vacanti al 01 settembre 2020 |
|---|--|
| Polistena | 1 |
| Taurianova | 4 |
| Bianco | 1 |
| Palizzi | 1 |
| | |
| TOTALE | 7 |