



**REGIONE CALABRIA  
GIUNTA REGIONALE**

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

---

*Assunto il 10/06/2021*

*Numero Registro Dipartimento: 623*

DECRETO DIRIGENZIALE

**“Registro dei decreti dei Dirigenti della Regione Calabria”**

**N°. 6233 del 15/06/2021**

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

**Dichiarazione di conformità della copia informatica**

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

**IL DIRIGENTE DI SETTORE****VISTO**

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

**VISTO**

l'articolo 15 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i, come sostituito dall'articolo 2 dell'Accordo intervenuto il 21/06/2018, in base al quale *"I pediatri da incaricare per l'espletamento delle attività previste dal presente Accordo sono tratti da una graduatoria per titoli, di validità annuale, predisposta a livello regionale"*;

**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, e dell'articolo 15 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. come sostituito dall'articolo 2 dell'ACN del 21.06.2018 per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta, sono state predisposte a livello regionale le rispettive graduatorie che di seguito si elencano:

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;

Decreto Dirigente Generale n. 4000 del 16.04.2021 è stata approvata la graduatoria definitiva regionale dei Medici Pediatri di Libera Scelta valevole per l'annualità 2020, in ordine alfabetico e di merito;

**PRESO ATTO**

delle richieste di pubblicazione degli ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria e di assistenza ambulatoriale, come da comma 2 dell'art. 34 nella nuova formulazione sopra richiamata, individuati dalle rispettive Aziende Sanitarie Provinciali di Reggio Calabria, Catanzaro e Crotona con le relative deliberazioni conservate agli atti della struttura regionale competente e riportate nei prospetti riepilogativi All.1/2018, All.2/2019 e All.3/2020, allegati al presente provvedimento costituendone parte integrante e sostanziale;

**PRECISATO che**

il termine indicato dall'articolo 34 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'articolo 5 dell'Accordo intervenuto il 21/06/2018, è ordinatorio, non contenendo l'Accordo alcuna sanzione né alcuna decadenza della competenza in capo all'Amministrazione regionale;

le Aziende Sanitarie interessate provvederanno ad assegnare gli incarichi di assistenza primaria individuando gli aventi diritto nel rispetto dei criteri e secondo l'ordine di priorità di cui all'art. 34 dell'ACN per la Medicina Generale del 23/03/2005, come sostituito dall'articolo 5 dell'ACN 21/06/2018 e integrato dall'articolo 4 dell'ACN 18/06/2020;

i medici aspiranti dovranno presentare domanda di partecipazione per uno o più incarichi vacanti entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione del presente atto sul BURC, utilizzando i modelli di domanda allegati preventivamente regolarizzati con l'imposta di bollo stabilita dalla normativa vigente;

possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici che si trovano in una delle ipotesi indicate dal comma 5 dell'articolo 34 dell'ACN 21/06/2018 secondo la nuova versione, alle lettere a) *per trasferimento (...)*, lett. b) *i medici inclusi nella graduatoria regionale (...)*, lett. c) *i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale (...)*, nel rispetto delle modalità ed indicazioni precisate dalla disposizione normativa sopra citata;

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

### **VISTI 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 disporre** la pubblicazione degli ambiti territoriali vacanti di medici di assistenza primaria e di pediatri di libera scelta individuati dalle Aziende Sanitarie Provinciali regionali con apposite deliberazioni per le annualità 2018, 2019 e 2020, trasmesse e conservate agli atti della Unità regionale competente, riportati nei prospetti riepilogativi All.1/2018, All.2/2019 e All.3/2020, allegati al presente provvedimento costituendone parte integrante e sostanziale;

**Di precisare che**

- il termine indicato dall'articolo 34 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'articolo 5 dell'Accordo intervenuto il 21/06/2018 ed il termine indicato dall'articolo 33 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 15/15/2005 come sostituito dall'articolo 4 dell'ACN 21.06.2018 per la disciplina dei rapporti con i pediatri convenzionati per l'assistenza primaria, ha carattere ordinatorio, in quanto i rispettivi Accordi citati non prevedono nessuna sanzione né decadenza di competenza dell'Amministrazione regionale;
- possono concorrere al conferimento degli ambiti territoriali vacanti indicati negli allegati sopracitati i medici che si trovano in una delle ipotesi indicate dal comma 5 dell'articolo 34 dell'ACN 21/06/2018 nella nuova versione, alle lettere a) *per trasferimento (...)*, b) *i medici inclusi nella graduatoria regionale (...)*, c) *i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale (...)*, nel rispetto delle modalità ed indicazioni precisate dalla disposizione normativa sopra citata, nonché i medici in formazione;
- i medici aspiranti dovranno presentare domanda di partecipazione alle Aziende Sanitarie Provinciali di riferimento per uno o più incarichi vacanti entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione del presente atto nel BURC, apponendo il bollo sui modelli di domanda allegati dell'importo attuale di euro 16,00 previsto dalla normativa vigente;
- i medici aspiranti dovranno provvedere ad inoltrare domanda utilizzando le modalità che saranno loro indicate dalle rispettive Aziende Sanitarie, ad eccezione di quelle indirizzate all'ASP di Reggio Calabria che ha indicato apposito indirizzo: [grupersonaleconvenzionato.asprc@certificatamail.it](mailto:grupersonaleconvenzionato.asprc@certificatamail.it);
- limitatamente agli incarichi di assistenza primaria per apertura studio medico principale individuati dall'ASP di Catanzaro *l'individuazione dello studio medico principale sarà effettuato dai Distretti di competenza e comunicata nel corso dell'assegnazione degli incarichi vacanti*, come espressamente si legge al punto 2 della Deliberazione n. 112 del 10/03/2020;
- in caso di mancata copertura degli ambiti territoriali vacanti, trova applicazione la disposizione contenuta nell'articolo 4 *Procedure per l'assegnazione di incarichi di assistenza primaria* introdotto dall'ACN 18/06/2020, con il quale è stato aggiunto il comma 17 bis e 17 ter alla nuova versione dell'art. 34 dell'ACN del 2018, 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*”, giusto articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12;

- le domande dovranno essere conformi ai seguenti allegati:

Allegato **A- AP** *domanda per trasferimento*

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

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

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

**Di precisare, altresì, che**

- l'assegnazione dell'ambito territoriale vacante di pediatria di libera scelta individuato dall'Asp di Cosenza con la Delibera n. 626 del 26 maggio 2021 e relativo all'anno 2020, dovrà avvenire nel rispetto delle modalità indicate dalla nuova versione dell'articolo 33 dell'ACN 15 dicembre 2005 come sostituito dall'articolo 4 dell'ACN 21 giugno 2018 e nel rispetto delle priorità indicate;
- gli aspiranti pediatri dovranno presentare le relative domande all'Azienda Sanitaria di Cosenza entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria del presente decreto, utilizzando gli allegati modelli con apposizione del bollo secondo la normativa vigente e di seguito indicati:

Allegato **A - PLS** *domanda per trasferimento*

Allegato **B- PLS** *domanda per assegnazione secondo graduatoria regionale dei Pediatri di libera scelta*

Allegato **C- PLS** *domanda ai sensi art. 33, comma 5, lettera d*

**Di disporre la notifica** del presente provvedimento agli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e alle Aziende Sanitarie Provinciali per il prosieguo di loro competenza;

**Di provvedere** alla pubblicazione del provvedimento sul 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)

**Ambiti e Sedi di Apertura Studio Ambulatoriale individuati dall'ASP di Reggio Calabria**  
Delibera n. 467 del 12 maggio 2021 di revoca della Delibera n. 366 del 13 maggio 2018 e riproposizione degli  
ambiti territoriali carenti individuati con Del. n. 366/2018

**1° semestre 2018**

Distretto Tirrenico – Ambito 6:	n. 1 zona carente	
Distretto Reggio Calabria – Ambito 3:	n. 4 zone carenti	sede apertura studio: 4 ex Distretto 2
Distretto Reggio Calabria – Ambito 5	n. 1 zona carente	sede apertura studio: 1 Bova
Distretto Jonico – Ambito 1:	n. 3 zone carenti	sede apertura studio: 1 Bruzzano sede apertura studio: 1 Palizzi sede apertura studio: 1 Staiti
Distretto Jonico – Ambito 4:	n. 1 zona carente	sede apertura studio: 1 Gerace
Distretto Jonico – Ambito 8:	n. 1 zona carente	sede apertura studio: 1 Caulonia fraz. SanNicola

**2° semestre 2018**

Distretto Tirrenico – Ambito 6:	n. 2 zone carenti	
Distretto Tirrenico – Ambito 7:	n. 2 zone carenti	
Distretto Tirrenico – Ambito 10:	n. 1 zona carente	
Distretto Reggio Calabria - Ambito 3:	n. 2 zone carenti -	sede apertura studio: 2 ex Distretto 2

Ambiti carenti di Assistenza Primaria individuati dall'ASP di **Reggio Calabria**  
Delibera n. 367 del 13/05/2020

ZONE CARENTI ASSISTENZA PRIMARIA e SEDI di APERTURA STUDIO  
AMBULATORIALE – anno 2019

Distretto TIRRENICO – Ambito 11:	n. 1 zona carente	sede apertura studio: 1 Anoia
Ambito 12:	n. 1 zona carente	sede apertura studio: 1 Laureana
Distretto REGGIO CALABRIA–Ambito 2:	n. 1 zona carente	sede apertura studio: 1 Cannitello di VSG
Ambito 4:	n. 2 zone carenti	sede apertura studio: 1 Prunella di Melito PS
Distretto JONICO – Ambito 5:	n. 1 zona carente	sede apertura studio: 1 Ciminà

**Ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria individuati dall'ASP di **Crotone****  
Delibera n. 33 del 11/05/2020 rettificata con Delibera n. 88 del 8/06/2020

Comune di Mesoraca Ambito 4:	n. 2 zone carenti	sede apertura studio: 1 nel Comune di Mesoraca
		sede apertura studio: 1 nel Comune di Cotronei
NESSUNA ZONA CARENTE DI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA		

**Ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria individuati dall'ASP di **Catanzaro****  
Delibera n. 112 del 10/03/2020

Distretto Catanzaro – Ambito 4:	n. 2 zone carenti
Distretto Catanzaro – Ambito 6:	n. 1 zona carente
Distretto Catanzaro – Ambito 7:	n. 1 zona carente
Distretto Catanzaro – Ambito 8:	n. 1 zona carente
Distretto Catanzaro – Ambito 8 bis:	n. 1 zona carente
Distretto Soverato - Ambito 9:	n. 2 zone carenti
Distretto Soverato - Ambito 13	n. 1 zona carente

**Ambiti e Sedi di Apertura Studio Ambulatoriale individuati dall'ASP di **Reggio Calabria****  
Delibera n. 368 del 13 maggio 2020

Distretto TIRRENICO – Ambito 10:	n. 3 zone carenti	n. 1 sede apertura studio: Oppido
Ambito 10:		n. 1 sede apertura studio: Santa Cristina
Ambito 10:		n. 1 sede apertura studio: Scido
Ambito 11:	n. 3 zone carenti	n. 2 sedi apertura studio: Polistena
Ambito 11:		n. 1 sede apertura studio: Cinquefrondi
Ambito 12:	n. 1 zona carente	n. 1 sede apertura studio: Laureana
Distretto REGGIO CALABRIA– Ambito 4:	n. 1 zona carente	
Distretto JONICO – Ambito 2:	n. 1 zona carente	n. 1 sede apertura studio: Samo
Ambito 5:	n. 1 zona carente	n. 1 sede apertura studio: Careri
Ambito 6:	n. 2 zone carenti	n. 1 sede apertura studio: Siderno
Ambito 6:		n. 1 sede apertura studio: Agnana

**Ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria e Pediatri Libera Scelta individuati  
dall'ASP di Cosenza  
Delibera n. 626 del 26 maggio 2021**

---

Distretto TIRRENO – Area Praia-Scalea n. 3: zone carenti n. 1 nel Comune di Belvedere Marittimo

---

n. 1 nel Comune di Praia a Mare

---

n. 1 nel Comune di Santa Maria del Cedro

---

Area Cetraro Paola n. 1 zona carente n. 1 nel Comune di San Lucido

---

**NESSUNA ZONA CARENTE DI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA**

---

Distretto IONIO SUD – Area Rossano n. 3: zone carenti n. 1 nel Comune di Caloveto

---

n. 1 nel Comune di Longobucco

---

n. 1 nel Comune di Crosia

---

– Area Cariati n. 2: zone carenti n. 1 nel Comune di Cariati

---

n. 1 nel Comune di Terravecchia

---

**NESSUNA ZONA CARENTE DI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA**

---

Distretto IONIO NORD – Area Corigliano n. 3: zone carenti n. 1 nel Comune di Corigliano

---

n. 1 nel Comune di San Cosmo

---

n. 1 nel Comune di Vaccarizzo

---

**NESSUNA ZONA CARENTE DI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA**

---

Distretto MEDIA VALLE CRATI– Area Crati n. 2 zone carenti n. 2 nel Comune di Valle Crati

---

– Area MVC n. 2 zone carenti n. 2 nel Comune di Bisignano

---

– Area Rende n. 1 zona carente n. 1 nel Comune di San Fili

---

**E' STATA INDIVIDUATA n. 1 zona carente di n. 1 Pediatra nel Comune di ACRI**

---

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI  
AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA - ANNO 2020  
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 Assistenza Primaria:

**presenta DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'articolo 33, comma 5, lettera a) - lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la pediatria di libera scelta 21/06/2018, per l'assegnazione del seguente ambito territoriale carente di pediatria di libera scelta: Comune di ACRI(ASP di Cosenza), di cui all'avviso pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

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

**DICHIARA**

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

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

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASP \_\_\_\_\_ ambito \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASP \_\_\_\_\_ ambito \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASP \_\_\_\_\_ ambito \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

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

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASP \_\_\_\_\_ ambito \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASP \_\_\_\_\_ ambito \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

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

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

5) di aver conseguito il diploma di specializzazione in:

( ) pediatria

( ) \_\_\_\_\_

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

in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_;

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

---

DICHIARA inoltre

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

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

**Allega:**

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

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

---

Data \_\_\_\_\_

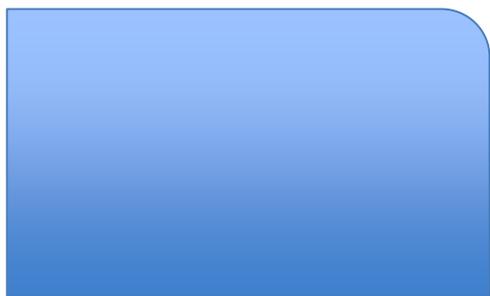
FIRMA

---

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

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

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



Il/La sottoscritto/a Dott.

\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**D I C H I A R A**

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di 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** \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI AMBITI TERRITORIALI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA  
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 Assistenza Primaria:

**presenta DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

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

- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_ TUTTI
- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_ ambito territoriale \_\_\_\_\_
- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_ ambito territoriale \_\_\_\_\_
- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_ ambito territoriale \_\_\_\_\_
- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_ ambito territoriale \_\_\_\_\_
- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_ ambito territoriale \_\_\_\_\_
- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_ ambito territoriale \_\_\_\_\_

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

**D I C H I A R A**

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

2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di \_\_\_\_\_;

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

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

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

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

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

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

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

**Allega:**

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

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

---

Data \_\_\_\_\_

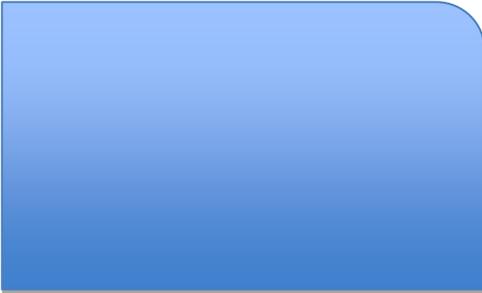
FIRMA

---

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

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

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



Il/La sottoscritto/a Dott.

\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**D I C H I A R A**

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di 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** \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI  
TERRITORIALI CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA - ANNO 2020  
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: \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

secondo quanto previsto dall'art. 33, comma 5, lettera c) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di libera scelta del 21/06/2018, all'avviso per l'assegnazione del seguente ambito territoriale carente di pediatria di libera scelta: Comune di ACRI (ASP di Cosenza), pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

**DICHIARA**

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

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

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

**pediatria**

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

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

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

5) di essere iscritto in graduatoria regionale di Pediatria di libera scelta, di cui all'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di libera scelta del 29/07/2009 e ss.mm.ii, della Regione Calabria, valida per l'anno 2020, con punteggio \_\_\_\_\_.

6) di essere residente nel Comune \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_(1);

7) le seguenti precedenti residenze:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

*(la dichiarazione deve essere riferita alla residenza relativa al periodo decorrente almeno dal 31/01/2018, pena la non attribuzione dei punteggi aggiuntivi)*

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

#### DICHIARA inoltre

- di essere a conoscenza che la mancata indicazione, al precedente punto 7), dei dati relativi alla residenza almeno a decorrere dal 31/01/2018, comporta la non attribuzione dei punteggi aggiuntivi (10 punti per la residenza in ambito regionale e 6 punti per la residenza nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorre) ai sensi dell'art. 33, comma 7. lettere c) e b) dell'ACN PLS

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

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

#### **Allega:**

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

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

---

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

---



## 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** \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI  
TERRITORIALI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA  
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. 5 , comma 1 dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018, che richiama l'art. 34, comma 5 lett. a) dell'ACN per la medicina generale 23.03.2005 e ss.mm.ii. Per l'assegnazione degli ambiti territoriali vacanti di Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, per come di seguito indicati:

ASP DI \_\_\_\_\_ TUTTI

ASP DI \_\_\_\_\_ ambito territoriale \_\_\_\_\_

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 iscritto nella Graduatoria Regionale – settore di assistenza primaria - 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 Assistenza Primaria;
4. di essere residente nel Comune \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_(1);
5. le seguenti precedenti residenze:
- |     |    |                 |             |
|-----|----|-----------------|-------------|
| dal | al | Comune di _____ | prov. _____ |
| dal | al | Comune di _____ | prov. _____ |
| dal | al | Comune di _____ | prov. _____ |
| dal | al | Comune di _____ | prov. _____ |
6. di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_(2);

**DICHIARA INOLTRE**

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

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

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione in medicina generale – (2)
- riserva per i medici in possesso di titolo equipollente.

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

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

- di essere a conoscenza che la mancata indicazione nella presente domanda dei dati relativi alla residenza, almeno a decorrere dal 31.01.2016, di cui ai precedenti punti 4 e 5, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi (20 punti per la residenza in ambito regionale e 5 punti per la residenza nell'ambito territoriale dichiarato carente) previsti dall'art.5, comma 1, dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018, che richiama l'art.34, comma 8, lettere b) e c) dell'ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i.;

**Allega:**

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

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

---

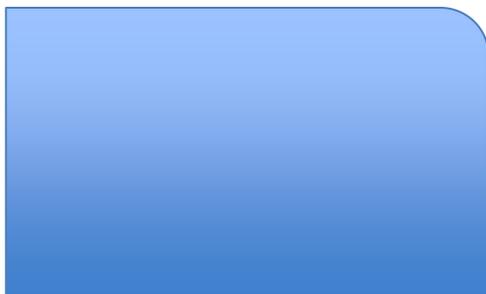
Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- 1) La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal 31.01.2016. La mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall'art.5, comma 1, dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018 - che richiama l'art.34, comma 8, lettere b) e c) dell'ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i.
- 2) I medici inseriti nella graduatoria regionale che hanno conseguito il diploma di formazione specifica in medicina generale dopo il 31.01.2018 devono allegare copia del titolo, con dichiarazione di conformità all'originale, al fine di partecipare alla riserva di assegnazione e per l'attribuzione del relativo punteggio;
- 3) La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).

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

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



Il/La sottoscritto/a Dott.

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**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 con data e 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** \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI  
AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA - ANNO 2020  
ai sensi art. 33, comma 5, lettera d)**

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: \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

secondo quanto previsto dall'articolo 33, comma 5, lettera d) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta del 21/06/2018, all'avviso per l'assegnazione del seguente ambito territoriale carente di pediatria di libera scelta: Comune di ACRI (ASP di Cosenza), pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

**D I C H I A R A**

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

2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di \_\_\_\_\_

3. di aver conseguito il Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale in data successiva al 31.01.2019, ossia in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, presso la Regione \_\_\_\_\_;

4. di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

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

**DICHIARA INOLTRE**

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

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

**Allega:**

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

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

---

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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

**SPAZIO PER MARCA DA BOLLO**  
da annullare con data e firma



Il/La sottoscritto/a Dott.

\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**D I C H I A R A**

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

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**AVVERTENZE**

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

**Categorie particolari di dati personali**

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

**Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione**

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

**Diritti dell'interessato**

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

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing

diretto;

g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.

h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;

i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;

j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

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

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

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

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

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

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: \_\_\_\_\_

(obbligatoria e leggibile)

**presenta D O M A N D A**

secondo quanto previsto dall'art. 5, comma 1, dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018 - che richiama l'art.34, comma 5, lett.c) dell'ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i. - per l'assegnazione degli ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, come di seguito indicato:

- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_ TUTTI
- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_ ambito territoriale \_\_\_\_\_
- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_ ambito territoriale \_\_\_\_\_
- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_ ambito territoriale \_\_\_\_\_
- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_ ambito territoriale \_\_\_\_\_
- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_ ambito territoriale \_\_\_\_\_
- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_ ambito territoriale \_\_\_\_\_

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

**D I C H I A R A**

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di

\_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, presso la Regione \_\_\_\_\_;

4. di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_;

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

### **DICHIARA INOLTRE**

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

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

**Allega:**

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

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

---

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



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

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

**Titolare del trattamento**

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

**Responsabile della protezione dei dati (DPO)**

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

**Finalità del trattamento**

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

**Modalità di trattamento e conservazione**

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

**Ambito di comunicazione e diffusione**

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

**Trasferimento dei dati personali**

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

**Categorie particolari di dati personali**

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

**Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione**

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

**Diritti dell'interessato**

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

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing

diretto;

g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.

h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;

i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;

j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

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

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

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

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

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

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

- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_ TUTTI
- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_ ambito territoriale \_\_\_\_\_
- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_ ambito territoriale \_\_\_\_\_
- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_ ambito territoriale \_\_\_\_\_
- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_ ambito territoriale \_\_\_\_\_
- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_ ambito territoriale \_\_\_\_\_
- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_ ambito territoriale \_\_\_\_\_

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

**D I C H I A R A**

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

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

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

3. di frequentare il

primo anno                                       secondo anno                                       terzo anno

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

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

### **DICHIARA inoltre**

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

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

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

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

#### **Allega:**

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

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

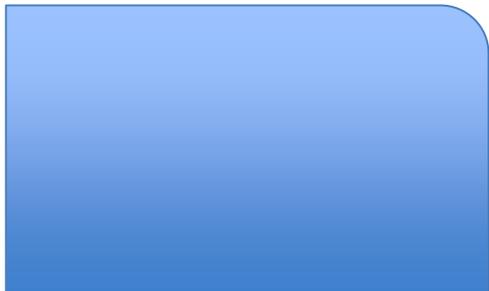
---

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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

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



Il/La sottoscritto/a Dott.

\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**DICHIARA**

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di 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 \_\_\_\_\_



**REGIONE CALABRIA  
GIUNTA REGIONALE**

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

---

*Assunto il 15/06/2021*

*Numero Registro Dipartimento: 636*

DECRETO DIRIGENZIALE

**“Registro dei decreti dei Dirigenti della Regione Calabria”**

**N°. 6460 del 21/06/2021**

**OGGETTO: PUBBLICAZIONE ZONE CARENTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE .**

**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 DEL SETTORE

**VISTO**

l'art. 63, comma 1 dell'ACN per la Medicina Generale 23 marzo 2005 e s.m.i. nella nuova formulazione stabilita dall'ACN 18 giugno 2020, secondo cui ogni anno *“ciascuna Regione (...) pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli incarichi vacanti di continuità assistenziale e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende;*

**DATO ATTO**

che ai sensi dell'articolo 15 *Graduatoria regionale* del citato ACN 23 marzo 2005 e smi, come sostituito dall'ACN 21/06/2018, è stata predisposta a livello regionale la graduatoria definitiva dei medici della medicina generale valevole per l'anno 2020, approvata con Decreto Dirigente Generale n. 3464 del del 01/04/2021;

**CONSIDERATO**

- che il termine indicato dal sopra citato articolo 63, comma 1 d per la Medicina Generale 23 marzo 2005 e s.m.i. nella nuova formulazione stabilita dall'ACN 21 giugno 2018 è ordinatorio, non contenendo l'Accordo alcuna sanzione né alcuna decadenza della competenza in capo all'Amministrazione regionale;

- che le Aziende Sanitarie Provinciali di Catanzaro e di Crotone con rispettivi atti deliberativi trasmessi a questo Settore hanno individuato per l'anno 2020 gli incarichi vacanti di continuità assistenziale;

**RITENUTO** di dover procedere alla pubblicazione degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale come individuate dalle Aziende Sanitarie Provinciali di Catanzaro e Crotone e riepilogati nei prospetti allegati al presente atto;

**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 e che qui si intendono integralmente riportate:

**Di disporre** la pubblicazione degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale per l’anno 2020 individuati dalle Aziende Sanitarie Provinciali di Catanzaro e di Crotone con rispettivi atti deliberativi indicati nell’allegato prospetto riepilogativo All. 1/2020, che si allega al presente provvedimento costituendone parte integrante e sostanziale ;

### **Di precisare che**

- il termine indicato dal sopra citato articolo 63, comma 1 d per la Medicina Generale 23 marzo 2005 e s.m.i. nella nuova formulazione stabilita dall’ACN 21 giugno 2018 è ordinatorio, non contenendo l’Accordo alcuna sanzione né alcuna decadenza della competenza in capo all’Amministrazione regionale;
- possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale per l’anno 2020 riepilogati nell’allegato prospetto i medici che si trovano in una delle ipotesi indicate dall’articolo 63, comma 3 dell’ACN 21 giugno 2018 alle lettere a) *per trasferimento (...)*, b) *i medici inclusi nella graduatoria regionale (...)*, c) *i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale (...)*, nel rispetto delle modalità ed indicazioni precisate nei commi successivi dell’articolo citato
- i medici aspiranti dovranno presentare domanda di partecipazione entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione del presente atto nel BURC, mediante i modelli che sono di seguito inviandoli direttamente alle Aziende Sanitarie Provinciali di riferimento per uno o più incarichi vacanti agli indirizzi e secondo le modalità che saranno loro indicati dalle ASP competenti;
- in caso di mancata assegnazione degli incarichi sulla base delle procedure stabilite dall’ACN 21 giugno 2018, possono concorrere al conferimento i medici che si trovano nella condizione individuata dal comma 15 bis aggiunto con l’ACN del 18.06.2020, nel rispetto delle modalità stabilite;

- le domande dovranno essere conformi ai seguenti allegati, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto :

- **Modello A – CA** per i medici che fanno domanda per trasferimento;
- **Modello B - CA** per i medici che fanno domanda per graduatoria;
- **Modello C – CA** per i medici che hanno acquisito il diploma di formazione specifica in Medicina Generale successivamente al 31.01.2019;
- **Modello D – CA** per i medici frequentanti il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (solo istituito presso la Regione Calabria);

**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)

Incarichi vacanti di Continuità Assistenziale individuati dall'ASP di **Crotone**  
Delibera n. 33 dell'11/05/2020

Sedi degli incarichi vacanti di continuità assistenziale <b>ASP CROTONE</b>	incarichi vacanti (24 h/settimanali)
Belvedere Spinello	1
Cirò Marina	3
Cutro	2
Isola Capo Rizzuto	3
Le Castella	2
Mesoraca	2
Petilia Policastro	1
Rocca di Neto	1
Roccabernarda	1
Savelli	1
Scandale	1
Strongoli	2
Umbriatico	1
<b>TOTALE</b>	<b>21</b>

Incarichi vacanti di Continuità Assistenziale individuati dall'ASP di **Catanzaro**  
Delibera n. 127 del 17/03/2020

Sedi degli incarichi vacanti di continuità assistenziale <b>ASP CATANZARO</b>	incarichi vacanti 24 h/settimanali
Casa circondariale "Ugo Caridi" di Catanzaro	4
Istituto penale per minorenni "Silvio Paternostro"	1
<b>TOTALE</b>	<b>5</b>

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI  
VACANTI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE  
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 di continuità assistenziale

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art.63, comma 3, lett. a) dell'ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i. - per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ 2020, come di seguito indicato:

- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_ TUTTI
- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_

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

**D I C H I A R A**

a) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso

l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con  
voto \_\_\_\_\_ (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110).

b) di essere iscritto all'ordine dei Medici di \_\_\_\_\_  
c) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso l'Azienda  
Sanitaria di.....della Regione.....

dal..... (detratti i periodi di eventuale cessazione dall'incarico ed i periodi di  
sospensione di cui all'art.18, comma 1 ACN vigente);

d) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nella continuità  
assistenziale:

dal.....al.....A. Sanitaria.....Regione.....  
dal.....al.....A. Sanitaria.....Regione.....  
dal.....al.....A. Sanitaria.....Regione.....  
dal.....al.....A. Sanitaria.....Regione.....

---

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

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

**Allega:**

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

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

---

Data \_\_\_\_\_

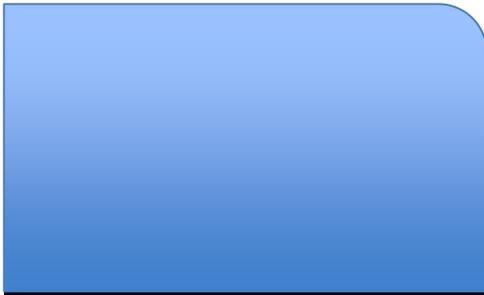
FIRMA

\_\_\_\_\_

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

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

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



Il/La sottoscritto/a Dott.

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**D I C H I A R A**

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di 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** \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI  
VACANTI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE  
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: \_\_\_\_\_

A far data dal \_\_\_\_\_ inserito nella graduatoria regionale per la medicina generale – settore di continuità assistenziale - valevole per l'anno 2020, laureato dal \_\_\_\_\_, con voto \_\_\_\_\_,

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, per i seguenti incarichi:

- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_ TUTTI
- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_

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

**D I C H I A R A**

- 1) di essere iscritto nella graduatoria regionale – settore di continuità assistenziale - valevole per il 2020 con punti \_\_\_\_\_ ;  
2) di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ a tutt'oggi ;  
(giorno/mese/anno)

3) precedenti residenze:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

4) di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione.....in data.....(1)

---

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.

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

**Allega:**

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

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

---

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

---

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



**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** \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI  
VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALI  
(art. 63, comma 3 – lett. c)**

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: \_\_\_\_\_  
(obbligatoria e leggibile)

**presenta D O M A N D A**

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 3, dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018 per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, come di seguito indicato:

- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_ TUTTI
- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_

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

**D I C H I A R A**

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

2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di \_\_\_\_\_
3. di aver conseguito il Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale in data successiva al 31.01.2019, ossia in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, presso la Regione \_\_\_\_\_;
4. di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_;
5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

**DICHIARA INOLTRE**

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

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

**Allega:**

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

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

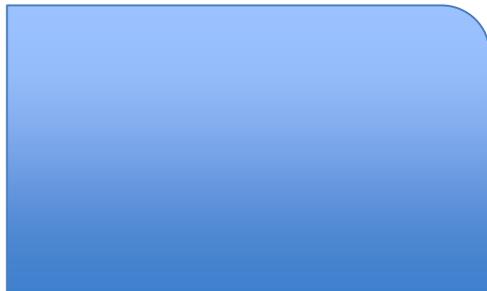
---

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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

**SPAZIO PER MARCA DA BOLLO**  
da annullare con data e firma



Il/La sottoscritto/a Dott.

\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

**D I C H I A R A**

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

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**AVVERTENZE**

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

**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 CONTINUITÀ ASSISTENZIALE  
(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. 9, comma 1, del Decreto Legge n.135/2018, convertito con la Legge n.12/2019, per l'assegnazione seguenti incarichi vacanti di continuità assistenziale della Regione Calabria, pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ :

- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_ TUTTI
- ( ) ASP DI \_\_\_\_\_

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

**D I C H I A R A**

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di

\_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_  
(specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);

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

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

3. di frequentare il

primo anno                       secondo anno                       terzo anno

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

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

5. di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

### DICHIARA inoltre

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

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

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

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

#### **Allega:**

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

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

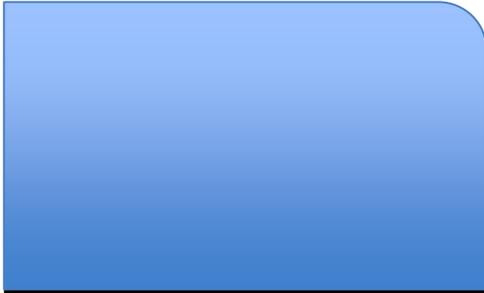
---

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_