



**REGIONE CALABRIA
GIUNTA REGIONALE**

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

Assunto il 11/08/2020

Numero Registro Dipartimento: 96

DECRETO DIRIGENZIALE

“Registro dei decreti dei Dirigenti della Regione Calabria”

N°. 9517 del 18/09/2020

**OGGETTO: PUBBLICAZIONE ZONE CARENTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
AL PRIMO SETTEMBRE 2019 AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI COSENZA..**

Dichiarazione di conformità della copia informatica

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

IL DIRIGENTE DI SETTORE

PREMESSO :

- che la Regione Calabria è preposta all'organizzazione, la pubblicazione e l'assegnazione delle zone carenti di Emergenza Sanitaria Territoriale comunicate dalle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione;
- che la Regione Calabria ha la necessità di approvare, pubblicare e assegnare le zone carenti di Emergenza Sanitaria Territoriale per l'anno 2019;
- che l'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, con mail del 21 aprile 2020, ha comunicato che con delibera n. 1067 del 21 novembre 2019 sono stati individuati gli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale al 1° settembre 2019 per la pubblicazione sul B.U.R.C. per come di seguito indicato:

POSTAZIONE DI EMERGENZA TERRITORIALE	N. incarichi vacanti a 38 h settimanali
PET - AMANTEA	1
PET - PAOLA	1
PET - CETRARO	1
PET – S. GIOVANNI IN FIORE	1

- che ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., il rapporto tra il Servizio Sanitario nazionale ed i medici di medicina generale è disciplinato con convenzione da stipularsi con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale;

- che in data 21 giugno 2018, la Conferenza Permanente per la disciplina dei rapporti tra lo Stato e le Regioni autonome di Trento e Bolzano, ha sancito l'Intesa ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013 Rep. Atti n.164/CSR, sull'ipotesi dell'Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale, triennio 2016/2018;

- che l'art. 7 dell'A.C.N. 21/06/2018 "Assegnazione degli incarichi di Emergenza Sanitaria Territoriale", a partire dalla prima pubblicazione utile successiva al 1 gennaio 2019 degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, sostituisce l'art. 92 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.;

- che ai sensi dello stesso articolo, la Regione può individuare e demandare ad altri soggetti l'espletamento delle procedure finalizzate alla copertura degli ambiti territoriali vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale;

CONSIDERATO che l'Accordo Integrativo Regionale dei Medici di Medicina Generale, approvato con DGR n. 580 dell'8 agosto 2006, stabilisce che l'espletamento delle procedure burocratiche ai fini del conferimento degli incarichi, è assegnato alle singole AA.SS.PP. della Regione Calabria;

VISTI:

- l'art. 9, comma 1, del Decreto legge n. 135 del 14 dicembre 2018 convertito con Legge n. 12 dell'11 febbraio 2019, il quale dispone che i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, possano partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali rimessi all'Accordo Collettivo Nazionale nell'ambito della disciplina dei

rapporti con i medici di medicina generale, prevedendo inoltre le procedure per l'attribuzione degli incarichi stessi;

- il verbale della seduta della Commissione Salute del 20 marzo 2019, nella quale vengono esplicitati i criteri di applicazione dell'art.9 del D.L. n.135 del 14/12/2018 convertito in Legge n.12 dell'11/02/2019, che stabilisce i criteri di partecipazione all'assegnazione degli incarichi alle zone carenti per i medici iscritti al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale;

RITENUTO dover procedere alla pubblicazione degli incarichi vacanti Emergenza Sanitaria Territoriale, così come individuati dalla Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, subordinando il conferimento al rispetto del numero di postazioni indicate nel DPGR 94/2012;

STABILITO che:

- possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati, i medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 7 dell'ACN 21/06/2018 ex 92 dell' ACN del 29 luglio 2009 ed i medici interessati dall'art.9, comma 1, del Decreto legge n. 135 del 14 dicembre 2018 convertito con Legge n. 12 dell'11 febbraio 2019;

- gli aspiranti, dovranno presentare o inviare attraverso raccomandata A/R, domanda di assegnazione con apposizione del bollo secondo normativa vigente, direttamente alla Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, entro il termine di 20 (venti) giorni dalla pubblicazione del presente decreto sul BURC;

- le domande dovranno essere conformi allo schema di cui ai seguenti allegati:

Allegato A - EST per i medici che fanno domanda per trasferimento;

Allegato B - EST per i medici che fanno domanda per graduatoria;

Allegato C - EST per i medici che hanno acquisito il diploma di formazione specifica in Medicina Generale successivamente al 31.01.2018;

Allegato D - EST per i medici frequentanti il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale;

DI DARE ATTO che i predetti allegati formano parte integrante e sostanziale del presente Decreto;

VISTI:

- la L.R. n. 7 del 13/05/1996;

- i DD.PP.GG.RR. n.354 del 24/06/1999 e n.206 del 15/12/2000;

- la L.R. n. 34/2002 e s.m.i. e ravvisata la propria competenza;

- 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 D.G.R. n. 118 del 11 giugno 2020, avente ad oggetto "D.G.R. 91/2020 "Struttura organizzativa della Giunta regionale – approvazione modifiche alla Deliberazione di G.R. n.63 del 15.02.2019 e s.m.i."- INTEGRAZIONI";

- la D.G.R. n. 144 del 18.06.2020 avente ad oggetto "D.G.R. n. 98/2020 "Struttura organizzativa della Giunta Regionale – Approvazione modifiche alla Deliberazione di G.R. n. 63 del 15.02.2019 e s.m.i." – Integrazione ed Approvazione fascia economica e valutazione delle strutture di cui alla D.G.R. n. 91/2020 e n. 98/2020";

- il D.P.G.R. n. N. 95 del 29 giugno 2020 , avente ad oggetto: " Dott. Francesco Bevere Conferimento dell'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento "Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari" della Giunta della Regione Calabria";

- il Decreto n° 7280 del 13/07/2020 avente ad oggetto: "Conferimento funzioni di Dirigente ad interim del Settore n. 5 medicina convenzionata, continuità assistenziale alla Dott.ssa Giuseppina Fersini";

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

D E C R E T A

Per quanto esposto in narrativa, che qui si richiama quale parte integrante e sostanziale:

DI PUBBLICARE nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria, i seguenti incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale individuati con delibera n. 1067 del 21 novembre 2019 dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, per come descritto nella seguente tabella:

POSTAZIONE DI EMERGENZA TERRITORIALE	N. incarichi vacanti a 38 h settimanali
PET - AMANTEA	1
PET - PAOLA	1
PET - CETRARO	1
PET – S. GIOVANNI IN FIORE	1

DI PRECISARE che la tabella descrittiva dei posti vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale è stata redatta in conformità a quanto comunicato dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza con mail del 21 aprile 2020, citata in premessa;

DI PRECISARE, altresì, che l'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza provvederà, all'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi;

DI STABILIRE CHE:

- possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati, i medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 7 dell'ACN 21/06/2018 ex 92 dell' ACN del 29 luglio 2009 ed i medici interessati dall'art.9, comma 1, del Decreto legge n. 135 del 14 dicembre 2018 convertito con Legge n. 12 dell'11 febbraio 2019;

- gli aspiranti, dovranno presentare o inviare attraverso raccomandata A/R, domanda di assegnazione con apposizione del bollo secondo normativa vigente, direttamente alla Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, entro il termine di 20 (venti) giorni dalla pubblicazione del presente decreto sul BURC;

- le domande dovranno essere conformi allo schema di cui ai seguenti allegati:

Allegato A - EST per i medici che fanno domanda per trasferimento;

Allegato B - EST per i medici che fanno domanda per graduatoria;

Allegato C - EST per i medici che hanno acquisito il diploma di formazione specifica in Medicina Generale successivamente al 31.01.2018;

Allegato D - EST per i medici frequentanti il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale;

DI DARE ATTO che i predetti allegati formano parte integrante e sostanziale del presente Decreto;

DI NOTIFICARE il presente provvedimento agli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e all'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza 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 PROVVEDERE alla pubblicazione sul sito istituzionale della Regione, ai sensi del d.lgs. 14 marzo 2013 n. 33;

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.

Sottoscritta dal Dirigente
FERSINI GIUSEPPINA
(con firma digitale)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(per trasferimento)**

RACCOMANDATA A.R.

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

DI _____

Il/la sottoscritto/a Dr.....
nato/a a.....il.....
residente a.....prov.....Via.....
CAP.....tel..... cell.....
p.e.c._____ (obbligatoria e leggibile) titolare di incarico a
tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.7, comma 1, dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018 - che richiama l'art.92, comma 6, lett.a) dell'ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i.- per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n..... del 2019, come di seguito indicato:

(Indicare le postazioni d'interesse ai fini dell'assegnazione dell'incarico)

TUTTE

POSTAZIONE P.E.T. DI _____

POSTAZIONE P.E.T. DI _____

POSTAZIONE P.E.T. DI _____

POSTAZIONE P.E.T. DI _____

POSTAZIONE P.E.T. DI _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76 del DPR 445/00, ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/00:

DICHIARA

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 emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda _____ USL _____ di.....della Regione..... dal _____

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

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

d) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nell'emergenza sanitaria territoriale:(1)

dal.....al.....presso ASL.....Regione.....
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....

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

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

e) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo determinato nell'emergenza sanitaria territoriale:(1)

dal.....al.....presso ASL.....Regione.....
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....

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

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

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

DICHIARA INOLTRE

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

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo pec:

Data

Firma (2)

.....

.....

- (1) Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni, si invita il medico a trasmettere copia fotostatica del/i certificato/i di servizio di cui eventualmente sia già in possesso.
- (2) 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).

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(per graduatoria)**

RACCOMANDATA A.R.

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

DI _____

Il sottoscritto Dr.

nato/a a il

residente a prov. Via n.

CAP..... tel..... cell.....

P.e.c. (leggibile e obbligatoria)

iscritto nella graduatoria regionale per la medicina generale – settore emergenza sanitaria
territoriale - valevole per l'anno 2019 .

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.7, comma 1, dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018 - che
richiamal'art.92, comma 6, lett.b) dell'ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i.- per
l'assegnazione degli incarichi vacanti per l'emergenza sanitaria territoriale pubblicati nel Bollettino
Ufficiale della Regione Calabria n..... del.....2019, come di seguito indicato:

(Indicare le postazioni d'interesse si fini dell'assegnazione dell'incarico)

TUTTE

POSTAZIONE P.E.T. DI _____

POSTAZIONE P.E.T. DI _____

POSTAZIONE P.E.T. DI _____

POSTAZIONE P.E.T. DI _____

POSTAZIONE P.E.T. DI _____

CENTRALE OPERATIVA _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00:

DICHIARA

- 1) 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)
- 2) di essere iscritto all'Ordine dei Medici di.....;
- 3) di essere iscritto nella graduatoria regionale – settore emergenza sanitaria territoriale - valevole per il 2019 con punti.....;
- 4) di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto dall'96 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 23.03.2005 e s.m.i., conseguito presso.....di.....Regione.....in data

N.B.: la mancata compilazione di questo punto comporta l'esclusione dalla graduatoria

- 5) di essere residente nel Comune di.....prov..... dal.....

- 6) le seguenti precedenti residenze:

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

(indicare la residenza con giorno/mese/anno almeno a decorrere dal.....)

- 7) di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso l'ASL.....della Regione nel servizio di continuità assistenziale dal.....;

DICHIARA INOLTRE

-di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale.

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

- di essere a conoscenza che la mancata indicazione dei dati e delle informazioni richiesti nel presente modulo può comportare l'impossibilità di attribuire le priorità previste dalla normativa vigente (titolarità di incarico di continuità assistenziale, residenza, ecc.)

Chiede infine che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

Pec.....

Data

Firma

.....

.....

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.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

**(medici che hanno acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale
successivamente al 31.01.2018 – come specificato all'art. 92, comma 6 punto c)**

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Il sottoscritto Dr.....

nato/a a.....il.....

residente a.....prov.....Via.....n.

CAP..... tel.....cell.....

P.e.c.:.....(leggibile e obbligatoria)

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.7, comma 1, dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018 - che richiama l'art.92, comma 6, lett. c) dell'ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i. -per l'assegnazione degli incarichi vacanti per l'emergenza sanitaria territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n..... del.....2019, come di seguito indicato:

(Indicare le postazioni di E.S.T. d'interesse ai fini dell'assegnazione dell'incarico)

TUTTE

POSTAZIONE P.E.T. DI

POSTAZIONE P.E.T. DI

POSTAZIONE P.E.T. DI

POSTAZIONE P.E.T. DI

POSTAZIONE P.E.T. DI

CENTRALE OPERATIVA

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00:

DICHIARA

1) 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)

2) di essere iscritto all'Ordine dei Medici di
di aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente al
31.01.2018 presso la Regione..... in data.....

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

Regione.....in data.....

N.B.: la mancata compilazione di questo punto comporta l'esclusione dalla graduatoria

5) di essere residente nel Comune di.....prov..... dal.....

DICHIARA INOLTRE

di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli incarichi vacanti avverrà previo
avviso agli interessati, da parte dell'ASP di _____
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.*

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

Pe.c.....

Data

Firma

.....

.....

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI
VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale)**

(possono partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo i medici iscritti ai corsi di formazione
specifica in medicina generale istituiti presso la Regione Calabria)

RACCOMANDATA A.R.

Azienda Sanitaria Provinciale
di _____

Il/la sottoscritto/a Dr.
nato/a a il
residente a prov. Via
CAP tel. cell.
P.e.c. : _____ (leggibile e obbligatoria).

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n.135/2018, convertito con la Legge n.12/2019, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. del 2019, come di seguito indicato:

(Indicare le postazioni d'interesse)

TUTTE

POSTAZIONE P.E.T. DI _____

POSTAZIONE P.E.T. DI _____

POSTAZIONE P.E.T. DI _____

POSTAZIONE P.E.T. DI _____

POSTAZIONE P.E.T. DI _____

CENTRALE OPERATIVA _____

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

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di..... 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
3. di.....;
4. di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di dal.....;

5. di frequentare

- ☐ il primo anno
- ☐ il secondo anno
- ☐ il secondo anno

del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio_____/_____
presso la Regione_____, iniziato in data_____.

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

Regione..... in data.....

N.B.: la mancata compilazione di questi punti comporta l'esclusione dalla graduatoria

7. di essere residente nel Comune di_____prov.....dal_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che potrà partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo se iscritto ai corsi di formazione specifica in medicina generale istituiti presso la Regione CALABRIA.
- di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016.

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo P.E.C.

.....

Data

.....

Firma

.....

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).