



**REGIONE CALABRIA  
GIUNTA REGIONALE**

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

---

*Assunto il 01/10/2020*

*Numero Registro Dipartimento: 239*

DECRETO DIRIGENZIALE

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

**N°. 10024 del 02/10/2020**

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

**Settore Ragioneria Generale – Gestione Spese**

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

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

(con firma digitale)

**Dichiarazione di conformità della copia informatica**

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

## IL DIRIGENTE DI SETTORE

### **PREMESSO CHE:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **VISTI**

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

## **VISTI**, altresì,

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

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

## **DECRETA**

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

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

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

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

Sottoscritta dal Responsabile del Procedimento

**TRAPASSO ANNA**  
(con firma digitale)

Sottoscritta dal Dirigente

**FERSINI GIUSEPPINA**  
(con firma digitale)

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

Inviare via PEC all'indirizzo: [medicinaconvenzionata.salute@pec.regione.calabria.it](mailto:medicinaconvenzionata.salute@pec.regione.calabria.it);

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome)

nato/a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_)

in via/piazza \_\_\_\_\_ n.civico \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

telefono fisso \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

CHIEDE

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

DICHIARA

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

1. di essere:

- cittadino italiano  
 cittadino di Stato membro dell'Unione

Europea \_\_\_\_\_ (indicare la cittadinanza di Stato dell'Unione Europea)

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

non avente cittadinanza di Stato membro UE, di essere familiare di \_\_\_\_\_

(indicare COGNOME e NOME del familiare)

cittadino di \_\_\_\_\_ Stato membro UE e in possesso di uno dei

(indicare la cittadinanza del familiare)

seguenti requisiti previsti dal comma 1, art. 38 del D. Lgs. 165/2001 e smi:

- titolarità del diritto di soggiorno in corso di validità, attestato mediante titolo di soggiorno rilasciato dalla Questura di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- titolarità del diritto di soggiorno permanente in corso di validità, attestato mediante carta di soggiorno permanente per familiari di cittadini europei, rilasciata dalla Questura di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

3. di essere cittadino \_\_\_\_\_ (indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'UE) non avente cittadinanza di Stato membro UE in possesso di una delle seguenti condizioni previste dal comma 3bis, art. 38 del D. Lgs. 165/2001

- titolarità di permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in corso di validità, rilasciato dalla Questura di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- titolarità dello status di rifugiato politico in corso di validità, attestata mediante permesso di soggiorno, rilasciato dalla Questura di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- titolarità dello status di protezione sussidiaria in corso di validità, attestato mediante permesso di soggiorno, rilasciato dalla Questura di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

4. di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il \_\_\_\_\_

(gg/mm/anno)

presso l'Università di \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_ (specificare se il voto è espresso su base 110 o su base 100);

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

presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

con Decreto Ministeriale numero \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

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

7. di essere risultato idoneo al concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale della Regione Calabria relativo al triennio \_\_\_\_\_;

8. di essere stato incaricato, nell'ambito delle funzioni convenzionali previste dall'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per almeno ventiquattro mesi, anche non continuativi, nei dieci anni antecedenti alla data di scadenza della presentazione della domanda di partecipazione al concorso per l'accesso al corso di formazione specifica in medicina generale relativo agli anni 2020/23;

Dichiara inoltre:

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

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

Comunica i seguenti ulteriori recapiti:

Residenza/domicilio:

città \_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_)

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n.civico \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

recapiti telefonici:

telefono fisso \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

impegnandosi a comunicare eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'Amministrazione regionale non si assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

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





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

**4. Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale del titolare e sostituzioni d'ufficio, anche se di durata inferiore a 5 giorni continuativi.** (p.0,20 per mese)\*

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

**5. Stessa attività di cui al punto precedente effettuata su base oraria:** (p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)\*

Anno..... A.S.L ..... \*\*di \_\_\_\_\_  
Gennaio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Luglio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
Febbraio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Agosto dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
Marzo dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Settembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
Aprile dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Ottobre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
Maggio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Novembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
Giugno dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Dicembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

**6. Servizio effettivo di medico di continuità assistenziale  medico di assistenza penitenziaria/servizio effettivo in convenzionamento svolto presso gli Istituti penitenziari  a tempo indeterminato , determinato , provvisorio  di sostituzione** : (barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio) (p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)\*

Anno..... A.S.L ..... \*\*di \_\_\_\_\_  
Gennaio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Luglio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
Febbraio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Agosto dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
Marzo dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Settembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
Aprile dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Ottobre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
Maggio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Novembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
Giugno dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Dicembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

**Totale ore \_\_\_\_\_**

Anno..... A.S.L ..... \*\*di \_\_\_\_\_  
Gennaio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Luglio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
Febbraio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Agosto dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
Marzo dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Settembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
Aprile dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Ottobre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
Maggio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Novembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
Giugno dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Dicembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

**Totale ore \_\_\_\_\_**

**7. Servizio effettivo nella emergenza sanitaria territoriale, con incarico a tempo indeterminato  determinato  provvisorio  o di sostituzione** : (p.0,20 per mese di attività)\*

dal.....al.....A.S.L.\*\*.....  
dal.....al.....A.S.L.\*\*.....  
dal.....al.....A.S.L.\*\*.....  
dal.....al.....A.S.L.\*\*.....  
dal.....al.....A.S.L.\*\*.....

**8. Servizio effettivo nella medicina dei servizi territoriali con incarico a tempo indeterminato  o di sostituzione**  :

*(barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)*

*(p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)\**

Anno..... A.S.L ..... \*\*di \_\_\_\_\_

Gennaio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Luglio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Febbraio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Agosto dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Marzo dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Settembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Aprile dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Ottobre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Maggio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Novembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Giugno dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Dicembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

**Totale ore \_\_\_\_\_**

**9. Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari sia a tempo indeterminato che di sostituzione per conto del Ministero di Giustizia, ai sensi della Legge 9 ottobre 1970 n. 740:**

*(p. 0,20 per mese di attività)\**

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Istituto \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Istituto \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Istituto \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Istituto \_\_\_\_\_

**10. Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate:**

*(p.0,10 per mese ragguagliato a 52 ore di attività)\**

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

Gennaio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Luglio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Febbraio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Agosto dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Marzo dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Settembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Aprile dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Ottobre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Maggio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Novembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Giugno dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Dicembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

**Totale ore \_\_\_\_\_**

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

Gennaio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Luglio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Febbraio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Agosto dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Marzo dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Settembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Aprile dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Ottobre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Maggio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Novembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Giugno dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Dicembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

**Totale ore \_\_\_\_\_**

**11. Attività medica di assistenza ai turisti, organizzata dalle Regioni o dalle Aziende UU.SS.LL: \***

*(p. 0,20 per mese di attività)*

ASL \*\* .....di..... dal ..... al.....

ASL \*\* .....di..... dal ..... al.....

ASL \*\* .....di..... dal ..... al.....

ASL \*\* .....di..... dal ..... al.....

**12. Turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali  di continuità assistenziale  di emergenza sanitaria territoriale , ai sensi del presente Accordo *(barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio):***

*(p.0,05 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)\**

Anno..... A.S.L \*\* .....di ..... Servizio di : \_\_\_\_\_

Gennaio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Luglio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Febbraio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Agosto dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Marzo dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Settembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Aprile dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Ottobre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Maggio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Novembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
Giugno dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Dicembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Totale ore \_\_\_\_\_

Anno..... A.S.L.\*\* .....di ..... Servizio di : \_\_\_\_\_

Gennaio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Luglio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
Febbraio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Agosto dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
Marzo dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Settembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
Aprile dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Ottobre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
Maggio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Novembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_  
Giugno dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Dicembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Totale ore \_\_\_\_\_

**13. Attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 gg. continuativi:** (p. 0,10 per mese di attività)\*

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

**14. Attività di medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna , medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici , medico generico fiduciario , medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di assistenza ai naviganti : (barrare l'opzione)**

(p. 0,05 per mese di attività)\*

Ente \*\* ..... di ..... dal ..... al .....  
Ente\*\* ..... di ..... dal ..... al .....  
Ente\*\* ..... di ..... dal ..... al .....  
A.S.L.\*\* ..... di ..... dal ..... al .....  
A.S.L.\*\* ..... di ..... dal ..... al .....

**15. Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia:** (p.0,10 per mese)

dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**16. Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento, svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda sanitaria nell'area della medicina generale, e solo per il periodo concomitante con tale incarico:** (p.0,20 per mese)

dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**17. Servizio civile volontario espletato per finalità o scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge 6 marzo 2001 n. 64 istitutiva del "Servizio civile nazionale", svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia: (massimo 12 mesi - p. 0,10 per mese di attività,)**

dal..... al ..... Servizio:.....svolto presso \*\* .....

dal..... al ..... Servizio:.....svolto presso \*\*.....

- 18: Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge 6 marzo 2001 n. 64 istitutiva del "Servizio civile nazionale", svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico:**  
(p.0,20 per mese)

dal..... al ..... Servizio:.....svolto presso \*\*.....

dal..... al ..... Servizio:.....svolto presso \*\*.....

- 19. Attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo  o medico di Polizia di Stato  (barrare l'opzione)**  
(p. 0,20 per mese di attività)\*

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

- 20. Servizio prestato presso aziende termali private accreditate (con le modalità di cui all'art. 8 legge 24 ottobre 2000 n. 323), equiparato all'attività di continuità assistenziale, in qualità di dipendente a tempo pieno con rapporto di lavoro esclusivo e orario non inferiore a 35 ore settimanali: (indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)**  
(p. 0,20 per mese di attività)\*

Anno..... Stabilimento Termale\*\* .....Comune di .....

Gennaio	dal .....	al .....	ore _____	Luglio	dal .....	al .....	ore _____
Febbraio	dal .....	al .....	ore _____	Agosto	dal .....	al .....	ore _____
Marzo	dal .....	al .....	ore _____	Settembre	dal .....	al .....	ore _____
Aprile	dal .....	al .....	ore _____	Ottobre	dal .....	al .....	ore _____
Maggio	dal .....	al .....	ore _____	Novembre	dal .....	al .....	ore _____
Giugno	dal .....	al .....	ore _____	Dicembre	dal .....	al .....	ore _____

Anno..... Stabilimento Termale\*\* .....Comune di .....

Gennaio	dal .....	al .....	ore _____	Luglio	dal .....	al .....	ore _____
Febbraio	dal .....	al .....	ore _____	Agosto	dal .....	al .....	ore _____
Marzo	dal .....	al .....	ore _____	Settembre	dal .....	al .....	ore _____
Aprile	dal .....	al .....	ore _____	Ottobre	dal .....	al .....	ore _____
Maggio	dal .....	al .....	ore _____	Novembre	dal .....	al .....	ore _____
Giugno	dal .....	al .....	ore _____	Dicembre	dal .....	al .....	ore _____

Totale ore \_\_\_\_\_

- 21. Servizio effettivo, svolto in paesi della Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale; servizio prestato ai sensi della legge 11 agosto 2014, n. 125 ed assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del D.M. 1° settembre 1988, n. 430:** (p. 0,20 per mese di attività)\*

Ente \*\* ..... Stato ..... dal ..... al .....

Ente \*\* ..... Stato ..... dal ..... al .....

Ente \*\* ..... Stato ..... dal ..... al .....

Ente \*\* ..... Stato ..... dal ..... al .....

Ente \*\* ..... Stato ..... dal ..... al .....

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

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso Azienda \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso Azienda \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso Azienda \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso Azienda \_\_\_\_\_

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

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma per esteso (2)** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**Recapiti degli Enti/ASL/Istituti indicati nella presente domanda (per inserire ulteriori informazioni il medico può fotocopiare il presente prospetto)**  
*Ai sensi della L. 12/11/2011, n. 183, recante modifiche al D.P.R. 445/2000 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), le amministrazioni pubbliche sono tenute ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti.*

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma per esteso (1)** \_\_\_\_\_

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

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

### **Premessa**

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

### **Identità e i dati di contatto del titolare del trattamento**

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

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

### **Base giuridica e Finalità del Trattamento**

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

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

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

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



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

#### **Eventuali destinatari o eventuali categorie di destinatari dei dati personali**

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

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

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

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

#### **Modalità di trattamento e conservazione**

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/ 679. Il trattamento dei dati sarà effettuato tramite l'utilizzo di idonee procedure che evitino il rischio di perdita, accesso non autorizzato, uso illecito e diffusione, nel rispetto dei limiti e delle condizioni posti dal Regolamento UE 2016/679. Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679 i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

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

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

#### **Trasferimento dei dati personali**

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

#### **Conferimento dei dati**

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

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

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

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

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



**REGIONE CALABRIA**  
**REGIONE CALABRIA**  
**GIUNTA REGIONALE**

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

**N. 239/2020**

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

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

**SI ESPRIME**

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

Catanzaro, 02/10/2020

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