



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione Generale della Sanità  
Servizio Programmazione sanitaria economico finanziaria e controllo di gestione

Allegato 1

**AVVISO PUBBLICO**  
**PER L'AMMISSIONE AL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA**  
**GENERALE (2020/2023) DELLA REGIONE SARDEGNA TRAMITE GRADUATORIA**  
**RISERVATA**  
**EX ART. 12 COMMA 3 DEL D.L. 35/2019, CONVERTITO CON L. 60/2019**

*Art. 1 - Contingente*

1. Nella Regione Sardegna, è indetto il presente avviso per l'ammissione, tramite graduatoria riservata e senza borsa di studio, al corso triennale di formazione specifica in medicina generale 2020/2023, a tempo pieno, per n. 10 posti complessivi presso le due sedi didattiche di Cagliari e Sassari, per laureati in medicina e chirurgia, in possesso dei requisiti di cui all'articolo successivo.

*Art. 2 - Requisiti di ammissione*

1. Per l'ammissione al corso il candidato deve soddisfare uno dei seguenti requisiti:
  - a) essere cittadino italiano;
  - b) essere cittadino di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
  - c) essere cittadino non avente la cittadinanza di uno Stato membro in possesso di un diritto di soggiorno o di un diritto di soggiorno permanente (entrambi in corso di validità), essendo familiare di un cittadino di uno Stato membro (art. 38, comma 1, del D.Lgs n. 165/2001 e smi);
  - d) essere cittadino dei paesi terzi titolare di permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in corso di validità (art. 38, comma 3bis, del D.Lgs n. 165/2001 e smi);
  - e) essere cittadino dei paesi terzi titolare dello status di rifugiato in corso di validità (art. 38, comma 3bis, del D.Lgs. n. 165/2001 e smi);
  - f) essere cittadino dei paesi terzi titolare dello status di protezione sussidiaria in corso di validità (art. 38, comma 3bis, del D.Lgs. n. 165/2001 e smi);
2. Per l'ammissione al corso, il candidato che soddisfa uno dei requisiti di cui al comma 1, deve, altresì, essere in possesso:
  - a) del diploma di laurea in medicina e chirurgia;nonché dei seguenti requisiti:
  - b) abilitazione all'esercizio della professione in Italia;
  - c) iscrizione all'albo professionale dei medici chirurghi di un ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Repubblica Italiana;
  - d) idoneità al concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale, già conseguita nella Regione Sardegna nei concorsi precedenti a quello relativo al triennio 2020/2023;
  - e) svolgimento di incarichi, nell'ambito delle funzioni convenzionali previste dal vigente Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale

(assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi) 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 della Regione Sardegna relativo al triennio 2020/2023. I ventiquattro mesi di anzianità nei suddetti quattro ambiti saranno calcolati ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale.

3. I requisiti di cui al comma 1 e al comma 2 lettere a), b), d) del presente articolo devono essere posseduti dal candidato alla data di scadenza del termine utile per la presentazione della domanda di ammissione tramite graduatoria riservata al corso relativo al triennio 2020/2023.

4. Il requisito di cui al comma 2, lettera c), deve essere posseduto, pena la non ammissione al corso stesso, entro l'inizio ufficiale del corso previsto entro il mese di Aprile 2021. L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la presentazione della domanda, fermo restando l'obbligo di regolarizzare il requisito descritto al punto 2 lettera c), prima della data di inizio ufficiale del Corso.

*Art. 3 - Domanda e termine di presentazione*

1. La domanda di ammissione deve essere prodotta, a pena di esclusione, esclusivamente via PEC, con invio al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata: [san.dgsan@pec.regione.sardegna.it](mailto:san.dgsan@pec.regione.sardegna.it).

2. La domanda dovrà essere presentata entro il termine perentorio di 30 giorni, previsto a pena di irricevibilità, a decorrere **dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso per estratto nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana**.

3. Il candidato può fare domanda di accesso al corso tramite graduatoria riservata in una sola delle Regioni o Province autonome nelle quali è risultato idoneo, pena l'esclusione dal corso, anche qualora la circostanza venisse appurata successivamente l'inizio dello stesso.

4. Nella compilazione della domanda il candidato dovrà dichiarare sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, e a pena di inammissibilità della domanda:

- a) il proprio cognome, nome, luogo e data di nascita e codice fiscale;
- b) il luogo di residenza;
- c) di essere in possesso di cittadinanza italiana; o di essere in possesso della cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea; o di essere cittadino dei paesi terzi, in possesso di un diritto di soggiorno in corso di validità o di un diritto di soggiorno permanente in corso di validità e di essere familiare di un cittadino dell'Unione Europea; o di essere cittadino dei paesi terzi con permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in corso di validità; o di essere cittadino dei paesi terzi, titolare dello status di rifugiato in corso di validità; o di essere cittadino dei paesi terzi, titolare dello status di protezione sussidiaria in corso di validità;
- d) di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito in Italia o all'estero, indicando l'Università che lo ha rilasciato, il giorno, il mese e l'anno in cui è stato conseguito nonché la votazione finale espresso su base 100 o 110;
- e) di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale in Italia, indicando l'università presso cui è stata conseguita, il giorno, il mese e l'anno di conseguimento, ovvero la sessione di espletamento dell'esame;

- f) di essere/non essere iscritto all'albo professionale di un ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Repubblica Italiana, indicando, in caso di risposta affermativa, la provincia di iscrizione, fatto salvo quanto disposto dall'art. 2 comma 4;
- g) di essere a conoscenza che il requisito di cui alla lett. f) deve essere posseduto alla data di inizio ufficiale del corso (*qualora il candidato dichiara di non essere iscritto all'ordine*), pena la non ammissione allo stesso;

nella domanda, corredata da copia di documento di identità in corso di validità, dovrà essere dichiarato, inoltre:

- a) di non avere presentato domanda di ammissione per il corso di formazione specifica in medicina generale tramite graduatoria riservata (ex art. 12 comma 3 del d.l. 35/2019 siccome convertito con L. 60/2019) in altra Regione o Provincia Autonoma;
- b) di essere/non essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia o a dottorati di ricerca (*specificare quale*);
- c) di aver conseguito l'idoneità al concorso per l'ammissione al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Sardegna specificando l'anno di partecipazione al concorso, precedente a quello relativo al triennio 2020/2023;
- d) di avere svolto incarichi, nell'ambito delle funzioni convenzionali previste dal vigente Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi) 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'ammissione al corso di formazione specifica in medicina generale della Regione Sardegna relativo al triennio 2020/2023;
- e) di aver svolto gli incarichi specificati nell'Allegato 4 ai fini del calcolo del punteggio di anzianità di servizio di cui all'art. 3, titolo II "Titoli di servizio", ACN vigente. Per ciascun incarico il candidato dovrà specificare l'azienda e/o la struttura in cui ha svolto l'attività, la tipologia di attività convenzionata, orari e periodi di riferimento effettivamente svolti.

5. La domanda dovrà essere sottoscritta dal candidato a pena di nullità della stessa. La firma non dovrà essere autenticata. Alla domanda dovrà essere allegata, copia di un **documento di identità in corso di validità**. I candidati non dovranno allegare alla domanda alcuna documentazione comprovante le dichiarazioni riferite a titoli conseguiti in Italia. Nel caso di titoli conseguiti all'estero, questi devono essere riconosciuti equiparati all'analogo titolo di studio acquisito in Italia, secondo normativa vigente. L'amministrazione effettuerà idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese in domanda riservandosi la possibilità di richiedere la documentazione relativa ai titoli conseguiti presso struttura estera.

6. Il candidato deve indicare nella domanda l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (nominativa personale e inequivocabilmente riconducibile all'interessato) che, per tutta la durata del corso, costituirà domicilio digitale presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa al corso. Il candidato dovrà comunicare le eventuali variazioni di domicilio, anche digitale, o recapito che si verifichino successivamente alla presentazione della domanda, al seguente indirizzo PEC [san.dgsan@pec.regione.sardegna.it](mailto:san.dgsan@pec.regione.sardegna.it), precisando nell'oggetto il seguente riferimento: "Avviso corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale triennio 2020/2023".

7. L'Amministrazione non si assume responsabilità dipendenti da inesatte indicazioni del candidato oppure mancato o tardivo aggiornamento dei recapiti indicati nella domanda, né per eventuali disguidi informatici comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

8. Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per l'ipotesi di dichiarazioni mendaci, qualora dai controlli emerga la non veridicità della dichiarazione rese dal candidato che presenta la domanda, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000, il medesimo decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

*Art. 4 - Graduatoria e Procedura di ammissione*

1. La Regione Sardegna, come previsto dall'art. 12, comma 3, del decreto legge n. 35 del 2019, convertito dalla legge n. 60 del 2019, procede alla formulazione della graduatoria in base al punteggio di anzianità di servizio attribuito sulla base dei criteri previsti dall'Accordo collettivo nazionale vigente - Articolo 3, titolo II "Titoli di servizio" - e maturati alla data di scadenza della presentazione della domanda di partecipazione al presente avviso. I medici sono ammessi nel limite dei posti utili indicati all'art. 1.
2. In caso di parità di punteggio, si fa riferimento al vigente Accordo Collettivo Nazionale, art. 3, comma 6.
3. Dell'inserimento in graduatoria viene data comunicazione agli interessati da parte della Regione a mezzo di pubblicazione della graduatoria stessa nel Bollettino ufficiale della Regione Autonoma della Sardegna e sua affissione presso gli Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Regione e nei siti dedicati.
4. La Regione procede, su istanza degli interessati, presentata entro dieci giorni dalla pubblicazione della graduatoria nel Bollettino ufficiale della Regione, alla correzione di eventuali errori materiali ed alla conseguente modifica della graduatoria stessa, dandone comunicazione mediante pubblicazione nel Bollettino ufficiale della Regione Sardegna.
5. Gli interessati, ai sensi della L. 241/90 e successive modificazioni ed integrazioni, possono chiedere l'accesso agli atti relativi alla procedura entro 30 giorni dalla pubblicazione della graduatoria di cui al comma 1, sul BURAS.

*Art. 5 - Tutela dati personali*

1. I dati personali relativi ai candidati saranno trattati ai sensi del Regolamento Europeo sulla Protezione Dati GDPR 2016/679 e delle disposizioni nazionali in materia, in particolare il Decreto Legislativo 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) come modificato dal Decreto Legislativo 101 del 10 agosto 2018.
2. A tal proposito il candidato dovrà dichiarare nella domanda di aver preso visione dell'informativa, Allegato 3 al presente avviso, relativa al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento europeo n. 679/2016.

*Art. 6 - Posta Elettronica Certificata*

1. Il candidato, come disposto dal comma 7, art. 16 del D.L. 185/2008 convertito con Legge n. 2/2009, per tutta la durata del corso dovrà necessariamente avere un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) attivo, personale, obbligatoriamente riconducibile univocamente alla propria

persona, rilasciato da gestore ufficiale riconosciuto che costituirà, ai sensi del comma 4, art. 3-bis del D. Lgs. 82/2005 il proprio domicilio digitale.

2. Il candidato dovrà comunicare le eventuali variazioni di domicilio, anche digitale, o recapito che si verifichino successivamente alla presentazione della domanda. L'amministrazione non si assume responsabilità dipendenti da inesatte indicazioni del candidato oppure mancato o tardivo aggiornamento dei recapiti indicati nella domanda, né per eventuali disguidi informatici comunque imputabili a terzi, a caso fortuito o forza maggiore.
3. La mancata consultazione da parte del candidato della propria casella di posta elettronica certificata esonera l'amministrazione da ogni responsabilità.

*Art. 7 - Irricevibilità della domanda, cause di esclusione e di mancato inserimento nella graduatoria riservata*

1. Sono irricevibili le domande presentate in forma e/o con modalità diverse da quelle previste all'art. 3 del presente avviso.
2. Sono esclusi i candidati non in possesso dei requisiti previsti dall'art. 2, comma 1 e comma 2 lett. a), b), c), d) ed e), nelle relative tempistiche previste.
3. L'irricevibilità della domanda o il mancato inserimento nella graduatoria riservata saranno resi noti al candidato tramite comunicazione personale all'indirizzo PEC dallo stesso indicato nella domanda. In caso di mancata comunicazione di un indirizzo PEC, la mancata ammissione sarà ritenuta validamente notificata se spedita a mezzo Posta con raccomandata A.R. all'indirizzo di residenza dichiarato nella domanda.

*Art. 8 - Ammissione al corso*

1. Ai candidati utilmente collocati nella graduatoria regionale riservata, nel limite dei posti fissati dall'articolo 1, verrà trasmessa comunicazione a mezzo PEC dell'ammissione al corso triennale 2020/2023 e della data di avvio ufficiale del corso di formazione.
2. Nella comunicazione di ammissione al corso verranno specificate anche le modalità e le tempistiche per accettare o rifiutare l'inserimento nel corso.
3. Entro 3 giorni lavorativi a decorrere dal giorno seguente alla trasmissione della comunicazione di cui ai punti precedenti, il candidato dovrà far pervenire l'accettazione o il rifiuto all'inserimento al Corso con le modalità indicate nella medesima comunicazione di ammissione al corso. In caso di mancata accettazione (o comunicazione) entro il termine suddetto il candidato si considera decaduto.
4. I candidati utilmente collocati nella graduatoria - ma non ancora in possesso del requisito dell'iscrizione ad un albo professionale dei medici chirurghi di un Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Repubblica Italiana alla data di scadenza del presente avviso - **prima dell'inizio ufficiale del corso, dovranno inviare a mezzo PEC**, all'indirizzo [san\\_dgsan@pec.regione.sardegna.it](mailto:san_dgsan@pec.regione.sardegna.it), comunicazione con la quale, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, dovranno dichiarare **di essere iscritti ad un albo professionale dei medici chirurghi di un Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Repubblica Italiana**, indicando la provincia e il numero di iscrizione.

**In mancanza della dichiarazione di cui sopra, i candidati interessati non saranno ammessi a frequentare il corso.**

5. I candidati utilmente collocati nella graduatoria iscritti a scuole di specializzazione in medicina e chirurgia o a dottorati di ricerca, sono ammessi a frequentare il corso subordinatamente alla dichiarazione con la quale l'interessato:

- esplicita la volontà di intraprendere il corso triennale previsto per la formazione specifica in Medicina Generale, che comporta impegno a tempo pieno;
- rinuncia al percorso formativo specialistico o al dottorato di ricerca già intrapreso, incompatibile.

*Art. 9 - Utilizzo della graduatoria*

1. La graduatoria di merito dei candidati può essere utilizzata per assegnare, secondo l'ordine della graduatoria stessa, i posti che si siano resi vacanti per cancellazione, rinuncia, decadenza o altri motivi fino al termine massimo di 60 (sessanta) giorni dalla data di avvio del corso.

2. Lo scorrimento della graduatoria viene effettuato con le modalità indicate ai punti 1., 2. e 3. del precedente art. 8.

3. La regione si riserva la facoltà di adottare altre modalità utili a consentire la più rapida convocazione dei candidati, ivi compresa la convocazione personale degli stessi qualora in prossimità della scadenza del termine utile per lo scorrimento della graduatoria ci fossero ancora posti vacanti.

4. Decorso il suddetto termine, la graduatoria non potrà essere utilizzata né per l'inserimento al corso relativo al triennio 2020/2023, né per l'inserimento ai successivi trienni formativi.

*Art. 10 - Trasferimenti ad altra Regione*

1. In presenza di sopravvenute esigenze personali, è previsto il trasferimento del medico ammesso tramite graduatoria riservata tra Regioni o tra Regione e Provincia autonoma solo qualora:

- a) nella sede accettante non siano stati utilizzati tutti i posti messi a disposizione per l'ammissione tramite graduatoria riservata o successivamente resisi vacanti nella stessa annualità di corso;
- b) sia stato acquisito il parere favorevole sia della Regione o Provincia autonoma di provenienza che di quella di destinazione;
- c) il medico in formazione, a giudizio della Regione accettante, possa effettuare agevolmente il completamento dei periodi di corso non ancora effettuati.

*Art. 11 - Assicurazione*

1. I medici frequentanti il corso di formazione debbono essere coperti da adeguata copertura assicurativa contro i rischi professionali e gli infortuni connessi all'attività di formazione, con oneri a proprio carico, secondo le condizioni generali indicate dalla Regione Sardegna.

*Art. 12 - Disciplina del corso - rinvio*

1. L'inizio del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale 2020/2023 è previsto entro il mese di Aprile 2021, ha durata di tre anni e comporta un impegno dei partecipanti a tempo pieno, con obbligo della frequenza alle attività didattiche teoriche e pratiche previste.
2. Il corso si articola in attività didattiche pratiche e attività didattiche teoriche da svolgersi in strutture del servizio sanitario nazionale e/o nell'ambito di uno studio di medicina generale individuati dalla Regione. La formazione prevede un totale di almeno 4.800 ore, di cui 2/3 rivolti all'attività formativa di natura pratica, e comporta la partecipazione personale del medico discente alla totalità delle attività mediche del servizio nel quale si effettua la formazione, all'attività professionale e l'assunzione delle responsabilità connesse all'attività svolta.
3. La frequenza del corso non comporta l'instaurazione di un rapporto di dipendenza o lavoro convenzionale né con il Servizio Sanitario nazionale né con i medici tutori.
4. Per tutto quanto non previsto nel presente Bando si fa rinvio alla disciplina contenuta nel D. Lgs. 17.8.1999 n. 368, nel Decreto del Ministero della Salute 7 marzo 2006, e successive loro modificazioni.

*Art. 13 – Incompatibilità, Attività lavorative e frequenza del corso*

1. Ai medici ammessi a frequentare il corso sono applicate le incompatibilità ordinarie previste dall'art. 11 del D.M. 07.03.2006, ivi comprese le eccezioni di cui all'art. 19 comma 11 della L. 448/2001.
2. Tali medici, laddove partecipino all'assegnazione degli incarichi convenzionali (cd incarichi temporanei), di cui all'art. 9, comma 1, del D.L. 135/2018, convertito in legge con modificazioni n. 12/2019, entro i limiti temporali (fino al 31.12.2021), territoriali e di massimale, nonché secondo gli ordini di priorità previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale vigente, potranno derogare al regime di incompatibilità previsto dall'art. 11 del D.M. 07.03.2006, limitatamente a tali incarichi.
3. In applicazione dell'accordo collettivo nazionale con i medici di medicina generale vigente, ai medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale che acquisiscono incarichi temporanei di assistenza primaria si applica un massimale di 500 scelte limitatamente al restante periodo di frequenza del corso, fatta salva la possibilità per le Regioni, in base alla loro programmazione, di incrementare tale limite fino ad un massimo del 30%, secondo modalità da definire nell'AIR. Ai medici che acquisiscono incarichi temporanei di continuità assistenziale, sempre limitatamente al restante periodo di frequenza del corso, si applica un massimale di 24 ore settimanali, mentre per i medici emergenza sanitaria territoriale si applica una sospensione parziale dell'attività convenzionale, ai fini giuridici ed economici, pari a 14 ore settimanali.
4. Il superamento dei massimali sopra indicati comporta l'incompatibilità con la frequenza del corso.

5. Il medico iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale non può essere titolare contemporaneamente di più di una delle funzioni convenzionali (assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale).
6. Il medico in formazione è comunque tenuto a garantire la regolare frequenza a tempo pieno delle attività formative del corso, sia teoriche che pratiche. La formazione a tempo pieno implica che il medico in formazione dedichi a tale formazione pratica e teorica tutta la sua attività professionale per l'intera durata della normale settimana lavorativa e per tutta la durata dell'anno.
7. Ai sensi del DM 7 marzo 2006, prima dell'inizio del corso gli interessati dovranno produrre dichiarazioni sostitutive di atto notorio ai sensi del DPR 445/2000, e successive modificazioni, attestanti la non sussistenza di cause di incompatibilità ovvero dichiarazioni di rinuncia ai suddetti rapporti incompatibili.
8. In ogni caso, qualora i medici ammessi al Corso siano già titolari di incarichi, ancorché provvisori, convenzionali o libero professionali, al momento dell'inserimento al Corso dovranno preventivamente rinunciare ai suddetti incarichi.

*Art. 14 - Procedimento*

1. Il termine entro il quale dovrà concludersi la procedura selettiva con l'adozione del provvedimento di approvazione della graduatoria finale è il 30 Aprile 2021.
2. Il Responsabile del procedimento è il Direttore del Servizio programmazione sanitaria ed economico finanziaria e controllo di gestione.

*Fac-simile domanda - Allegato 2)*  
*(Compilare in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile)*

Inviare via PEC all'indirizzo:  
[san.dgsan@pec.regione.sardegna.it](mailto:san.dgsan@pec.regione.sardegna.it)

Alla Regione Autonoma della Sardegna

Assessorato dell'Igiene e Sanità e  
dell'Assistenza Sociale

Servizio programmazione sanitaria ed  
economico finanziaria e controllo di gestione

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 Determinazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, di essere ammesso/a tramite graduatoria riservata, senza borsa di studio, al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2020/2023 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 Sardegna 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 2020/2023;

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 2020/2023 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 o a dottorati di ricerca
  - essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia o a dottorati di ricerca \_\_\_\_\_  
(se si indicare quale)
- di accettare tutte le disposizioni dell'avviso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale 2020/2023 della Regione Sardegna 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 3), 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 LA SCANSIONE DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ.**

## Allegato 3

**Informativa per il trattamento dei dati personali dei Medici candidati all'ammissione al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale tramite graduatoria riservata**

CAPO III – “Diritti dell’Interessato” – del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR)

**Titolare del trattamento**

Regione Autonoma della Sardegna, nella persona del Presidente.

Su delega del Presidente (Decreto n. 48 del 23 maggio 2018) le funzioni del Titolare sono esercitate, nell'ambito di propria competenza, dal Direttore Generale della Sanità.

Titolare delegato: Direttore pro-tempore del Servizio Programmazione sanitaria, economico finanziaria e controllo di gestione (Determinazione del Direttore Generale della Sanità n. 15069/579 del 18/06/2018).

**Responsabile della Protezione dei Dati (RPD)**

“Unità di progetto Responsabile della protezione dati per il sistema Regione”, nella persona del suo Coordinatore.

**Sede:** Cagliari - Viale Trieste n. 186 - **Tel.:** 070.606.5735 - **mail:** [rpd@regione.sardegna.it](mailto:rpd@regione.sardegna.it) - **pec:** [rpd@pec.regione.sardegna.it](mailto:rpd@pec.regione.sardegna.it).

**Finalità e modalità di trattamento dei dati**

I dati forniti, saranno trattati per le finalità istituzionali nell'ambito dell'Avviso pubblico per l'ammissione al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale tramite graduatoria riservata, indetto dalla Regione Autonoma della Sardegna.

Il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio ai fini dell'accettazione dell'offerta di partecipazione alla procedura di cui sopra.

Il trattamento dei dati personali è necessario per motivi di interesse pubblico e saranno comunicati, con procedure idonee, ad altri soggetti per i quali è previsto obbligo di comunicazione per legge o per l'espletamento delle finalità istituzionali. I destinatari della comunicazione sono: altri uffici regionali; commissioni esaminatrici; eventuali società specializzate nella selezione di personale; soggetti aventi titolo ai

sensi della legge n. 241/1990 e successive modifiche e integrazioni; altri soggetti pubblici per finalità di controllo e/o ispettive. I dati trattati non saranno comunicati a soggetti al di fuori del territorio UE. Il criterio utilizzato per determinare il periodo di conservazione dei dati personali è indicato dal Modello di massimario di selezione e scarto delle Giunte regionali. Il trattamento dei dati sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, con modalità e strumenti volti a garantire la massima sicurezza e riservatezza.

**Il soggetto interessato, in qualsiasi momento, ha diritto:**

- di avere **accesso** ai propri dati personali e ottenere l'accesso alle informazioni previste dall'art.15;
- di ottenere la **rettifica** dei dati personali inesatti (art. 16), la totale **cancellazione** (art. 17), la
- **limitazione di trattamento** (art. 18);

- di ottenerne la **comunicazione** prevista dall'art. 19 sull'**obbligo di notifica**;
- alla **portabilità dei dati** (art.20);
- di **opporsi** al trattamento (art. 21);
- di non essere sottoposto a una **decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato**,
- compresa la profilazione, che produca effetti giuridici che lo riguardano o che incida in modo analogo
- significativamente sulla sua persona (art.22);
- di **proporre reclamo** all'autorità di controllo (Garante Privacy).

#### **Modalità di esercizio dei diritti**

L'interessato potrà esercitare i propri diritti in qualsiasi momento:

- Inviando una raccomandata A.R. all'indirizzo: Regione Autonoma della Sardegna – Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale – Direzione Generale della Sanità Via Roma, 223;
- Inviando una PEC all'indirizzo: [san.dgsan@pec.regione.sardegna.it](mailto:san.dgsan@pec.regione.sardegna.it)



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

dal.....al.....A.S.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.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 \_\_\_\_\_

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

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

Anno..... A.S.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.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 SS.LL: \***

*(p. 0,20 per mese di attività)*

A.S.S.L \*\* ..... 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.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.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.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.S.L.** ..... di ..... dal ..... al .....	.....
A.S.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 A.S.S.L. 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 A.S.S.L. , 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 A.S.S.L. \_\_\_\_\_  
 dal / / al / / presso A.S.S.L. \_\_\_\_\_  
 dal / / al / / presso A.S.S.L. \_\_\_\_\_  
 dal / / al / / presso A.S.S.L. \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

Ente/ASSL /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.*