

Allegato A

AVVISO PUBBLICO

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

Art. 1 – Contingente

1. Nella Regione Basilicata, 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. 12 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:
- essere cittadino italiano;
 - essere cittadino di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
 - 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);
 - 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);
 - 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);
 - 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:
- del diploma di laurea in medicina e chirurgia;
nonché dei seguenti requisiti:
 - abilitazione all'esercizio della professione in Italia;
 - iscrizione all'albo professionale dei medici chirurghi di un ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Repubblica Italiana;**
 - idoneità al concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale, già conseguita nella Regione Basilicata nei concorsi precedenti a quello relativo al triennio 2020-2023;
 - 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 Basilicata 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 - Domande e termini di presentazione

1. La domanda di partecipazione, redatta in carta semplice secondo lo schema **allegato A1** al presente bando, deve essere inviata, a pena di irricevibilità, entro il termine perentorio di 30 giorni, decorrente dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente bando per estratto nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana – IV serie Speciale “*Concorsi ed esami*” e deve essere trasmessa esclusivamente, pena la non ammissione al concorso:
 - o a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, alla Regione Basilicata Dipartimento Politiche della Persona Via Vincenzo Verrastro n. 9 - 85100 Potenza. Sulla busta contenente la domanda, deve essere espressamente riportata l'indicazione “**domanda di ammissione all'Avviso Pubblico per l'ammissione al corso triennale per il corso di formazione specifica in medicina generale – 2020 – 2023 tramite graduatoria riservata**” (ex art. 12 comma 3 del D.L. 35/2019, convertito con L. 60/2019).
 - o a mezzo posta elettronica certificata PEC secondo le disposizioni vigenti, al seguente indirizzo ufficio.personale.ssr@cert.regione.basilicata.it indicando nell'oggetto della mail: “**domanda di ammissione all'Avviso Pubblico per l'ammissione al corso triennale per il corso di formazione specifica in medicina generale – 2020 – 2023 tramite graduatoria riservata**” (ex art. 12 comma 3 del D.L. 35/2019, convertito con L. 60/2019).
2. È ammessa la trasmissione di una sola domanda per ciascuna raccomandata A/R o PEC.
3. **Non saranno ammessi all'Avviso Pubblico coloro che hanno inviato la domanda prima della pubblicazione dell'estratto del bando sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana e coloro che hanno inviato la domanda oltre il termine di scadenza sopra indicato. La data di invio della domanda è comprovata dalla data della ricevuta di accettazione, se inviata a mezzo PEC o dal timbro e data apposti dall'Ufficio Postale accettante, se spedita tramite raccomandata con avviso di ricevimento.**
4. Non possono essere prodotte domande per più Regioni o per una Regione e una Provincia autonoma.
5. Nella domanda il candidato deve dichiarare sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, 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 della cittadinanza italiana; o di essere in possesso della cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione europea; o di essere cittadino non comunitario, familiare di un cittadino comunitario e titolare del diritto di soggiorno in corso di validità o del diritto di soggiorno permanente in corso di validità; o di essere cittadino non comunitario con permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo, in corso di validità; o di essere cittadino non comunitario, titolare dello status di rifugiato, in corso di validità; o di essere cittadino non comunitario, titolare dello status di protezione sussidiaria, in corso di validità;
- d) di essere in possesso di un diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito in Italia oppure in un Paese comunitario oppure in un Paese non comunitario, indicando l'Università che lo ha rilasciato, il giorno, il mese e l'anno in cui è stato conseguito nonché la votazione finale espressa su base 100 o 110;
- e) di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale in Italia, indicando, in caso di risposta affermativa, 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 ad un albo professionale dei medici chirurghi 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 innanzi disposto dal comma 4, del precedente articolo 2, nell'ipotesi di iscrizione in corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- 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;
- h) 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 convertito con L. 60/2019) in altra Regione o Provincia Autonoma;
- i) di essere / non essere iscritto a corsi di specializzazione in medicina e chirurgia o a dottorati di ricerca (*se si specificare quale*);
- j) di aver conseguito l'idoneità al concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale nella Regione Basilicata specificando l'anno di partecipazione al concorso, precedente a quello relativo al triennio 2020-2023;
- k) 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 Basilicata relativo al triennio 2020-2023;
- l) di aver svolto gli incarichi specificati nell'**Allegato A2)** 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 la struttura in cui ha svolto l'attività, la tipologia di attività convenzionata, orari, periodi di riferimento effettivamente svolti

6. La domanda deve essere sottoscritta dal candidato a **pena di nullità della stessa**. La firma **non** dovrà essere autenticata.
7. Alla domanda dovrà essere allegata una copia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità, pena la non ammissione all'avviso. I candidati **non** dovranno allegare alla domanda alcuna documentazione comprovante le suddette 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 la normativa vigente. L'amministrazione si riserva la possibilità di richiedere la documentazione relativa ai titoli conseguiti presso struttura estera.
8. I candidati portatori di handicap dovranno dichiarare nella domanda di partecipazione il diritto all'applicazione dell'art. 20 della L. 104/92 specificando l'ausilio necessario in relazione al proprio handicap.
9. Il candidato deve indicare nella domanda l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata, il domicilio o recapito presso i quali deve essere fatta ogni comunicazione relativa al concorso e il recapito telefonico. Eventuali variazioni di indirizzo PEC o domicilio o recapito dovranno essere tempestivamente comunicati.
10. L'amministrazione non assume responsabilità per la dispersione delle domande o di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del candidato oppure mancata o tardiva comunicazione del cambiamento degli indirizzi indicati nella domanda, né per eventuali disguidi informatici o postali o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.
11. Tutte le informazioni sul concorso (*in particolare quelle relative all'elenco degli ammessi di convocazione a sedi giorno ed ora di svolgimento della prova*) e sul corso di formazione sono reperibili al sito internet della Regione Basilicata presente al link www.regione.basilicata.it nella sezione "Avvisi e Bandi" oltre che sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata e presso gli Ordini provinciali dei Medici e Chirurghi della Basilicata.
12. Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni per l'ipotesi di dichiarazioni mendaci, qualora dai controlli emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese dal concorrente, 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 - 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. 3bis 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 PEC esonera l'amministrazione da qualsiasi responsabilità in ordine alla mancata conoscenza da parte del candidato di quanto ivi ricevuto.

Art. 5 - Tutela dati personali

1. I dati personali relativi ai candidati saranno trattati ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione Dati GDPR 2016/579 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 B**) - al presente Avviso Pubblico, relativa al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016.
3. Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003, i dati personali forniti dai candidati saranno trattati presso la Regione Basilicata esclusivamente per le finalità di gestione dell'Avviso Pubblico e del corso di formazione. Il conferimento di tali dati è indispensabile per lo svolgimento delle procedure dell'Avviso Pubblico ex art. 12 comma 3 del D.L. 35/2019, convertito con L. 60/2019. Le informazioni relative ai dati personali potranno essere comunicate unicamente alle Amministrazioni Pubbliche ed ai soggetti direttamente interessati allo svolgimento del concorso, del corso o alla posizione giuridico-economica del candidato. L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 della citata legge al quale si rinvia. Tali diritti potranno essere fatti valere dall'interessato nei confronti dell'Amministrazione regionale, titolare del trattamento.

Art. 6 - Graduatoria e Procedura di ammissione

1. La Regione Basilicata 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 e sua affissione presso gli Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Regione.

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 Basilicata.
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 Bollettino Ufficiale della Regione.

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

1. Le domande presentate in forma e/o con modalità diverse da quella prevista dal comma 1 e dell'art. 3 del presente bando nonché al di fuori del termine previsto dal comma 1 dell'articolo 3 del presente Bando sono considerate irricevibili.
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 indicato 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 scritta a mezzo PEC, inoltrata individualmente, dell'ammissione al corso triennale 2020-2023 e della data di avvio ufficiale del corso di formazione.
2. Entro 3 giorni lavorativi a decorrere dal giorno seguente alla ricezione 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.**
3. 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 ufficio.personale.ssr@cert.regione.basilicata.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.

4. 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:
- o esplicita la volontà di intraprendere il corso triennale previsto per la formazione specifica in Medicina Generale, che comporta impegno a tempo pieno;
 - o rinuncia al percorso formativo specialistico o al dottorato di ricerca già intrapreso, incompatibile.

Art. 9 - Utilizzazione 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 ufficiale del corso.
2. Lo scorrimento della graduatoria viene effettuata con le modalità indicate ai punti 1 e 2. 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 Basilicata.

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 Avviso Pubblico 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 Sig. Carmine Colacchio, recapiti: carmine.colacchio@regione.basilicata-.it - tel. 0971/668898.

Allegato A1

(Compilare in ogni sua parte a stampatello e/o dattiloscritto in modo chiaro e leggibile)

**Alla Regione Basilicata
Dipartimento Politiche della Persona
Ufficio Personale del S.S.R.
Via Vincenzo Verrastro n. 9
85100 POTENZA**

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 2020/2023 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 _____

Allegato A1

(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 Basilicata relativo al triennio _____;

Allegato A1

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 2019/2022;

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 2019/2022 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 2019/2022 della Regione Basilicata 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 B**), 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 vigente).

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.

Allegato A2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (art. 46 e 47 D.P.R. N. 445 DEL 28/12/2000)

TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITA' SVOLTA PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA RISERVATA PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE 2020-2023 DELLA REGIONE BASILICATA

Il sottoscritto Dott. _____

Cognome

Nome

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

- in relazione alla domanda di ammissione tramite graduatoria riservata, senza borsa di studio, ai sensi dell'art. 12 comma 3 del DL 35/2019 convertito con L. 60/2019 e alla D.G.R. n. _____ del _____, al corso triennale di formazione specifica in medicina generale anni 2020/2023, organizzato a tempo pieno, consapevole delle sanzioni amministrative e penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000,
- ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445,

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:

1. **Attività di medico di assistenza primaria convenzionato, con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell'ambito della Regione Basilicata:** (p. 0,30 per mese di attività)*
 dal.....al.....Azienda.....
 dal.....al.....Azienda.....
 dal.....al.....Azienda.....
2. **Attività di medico di assistenza primaria convenzionato, con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell'ambito di altra Regione (specificare):** (p. 0,20 per mese di attività)*
 dal.....al.....Azienda.....Regione.....
 dal.....al.....Azienda.....Regione.....
 dal.....al.....Azienda.....Regione.....
 dal.....al.....Azienda.....Regione.....
3. **Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria, solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 gg. continuativi:** (p. 0,20 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.....

Allegato A2

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

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

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 _____

Totale 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 _____

Allegato A2

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 U.U.S.S.L.L: *

(p. 0,20 per mese di attività)

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

Allegato A2

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 _____

Allegato A2

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..... alServizio:.....svolto presso **

dal..... alServizio:.....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..... alServizio:.....svolto presso **

dal..... alServizio:.....svolto presso **

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

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 dalalore _____ Luglio dal al ore _____

Febbraio dalalore _____ 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 dalalore _____ Luglio dal al ore _____

Febbraio dalalore _____ 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

Allegato A2

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.

Allegato A2

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.

Allegato B**INFORMATIVA****PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART 13 DEL
REGOLAMENTO EUROPEO N. 2016/679****1. Premessa**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 2016/679, la Giunta della Regione Basilicata, in qualità di "Titolare" del trattamento, è tenuta a fornirle informazioni in merito all'utilizzo dei suoi dati personali.

2. Identità e i dati di contatto del titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è la Giunta della Regione Basilicata, con sede in Potenza, Via Vincenzo Verrastro n. 9, CAP 85100.

Al fine di semplificare le modalità di inoltro e ridurre i tempi per il riscontro si invita a presentare le richieste di cui al paragrafo n. 9, alla Regione Basilicata, Ufficio per le relazioni con il pubblico (Urp), per iscritto o recandosi direttamente presso lo sportello Urp.

L'Urp è aperto dal lunedì al venerdì dalle 10 alle 13 in Via Vincenzo Verrastro n. 9 Potenza 85100 (Italia): telefono 0971/668850 - 0971/668707, e-mail urpsanita@regione.basilicata.it.

Il link internet attraverso il quale accedere per ulteriori informazione di accesso all'URP è il seguente: <https://www.regione.basilicata.it/giunta/site/giunta/departement.jsp?dep=100061&area=535132&level=0>

3. Il Responsabile della protezione dei dati personali

Il Responsabile della protezione dei dati designato dalla Giunta regionale della Basilicata è contattabile all'indirizzo mail rpd@regione.basilicata.it o all'indirizzo PEC rpd@cert.regione.basilicata.it presso la sede della Regione Basilicata di Potenza.

4. Responsabili del trattamento

L'Ente può avvalersi di soggetti terzi per l'espletamento di attività e relativi trattamenti di dati personali di cui manteniamo la titolarità. Conformemente a quanto stabilito dalla normativa, tali soggetti assicurano livelli esperienza, capacità e affidabilità tali da garantire il rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento, ivi compreso il profilo della sicurezza dei dati.

Formalizziamo istruzioni, compiti ed oneri in capo a tali soggetti terzi con la designazione degli stessi a "Responsabili del trattamento". Sottoponiamo tali soggetti a verifiche periodiche al fine di constatare il mantenimento dei livelli di garanzia registrati in occasione dell'affidamento dell'incarico iniziale.

5. Soggetti autorizzati al trattamento

I Suoi dati personali sono trattati da personale interno previamente autorizzato e designato quale incaricato del trattamento, a cui sono impartite idonee istruzioni in ordine a misure, accorgimenti, modus operandi, tutti volti alla concreta tutela dei suoi dati personali.

6. Finalità e base giuridica del trattamento

Il trattamento dei suoi dati personali viene effettuato dalla Giunta della Regione Basilicata per lo svolgimento di funzioni istituzionali e, pertanto, ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. e) non necessita del suo consenso. I dati personali sono trattati esclusivamente per l'espletamento di questo Avviso Pubblico e per la gestione del corso di formazione.

7. Destinatari dei dati personali

Allegato B

Le informazioni relative ai dati personali potranno essere comunicate unicamente alle Amministrazioni Pubbliche direttamente interessate allo svolgimento dell'Avviso Pubblico, del corso o alla posizione giuridico economica del candidato.

8. Trasferimento dei dati personali a Paesi extra UE

I suoi dati personali non sono trasferiti al di fuori dell'Unione europea.

9. Periodo di conservazione

I suoi dati sono conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate. A tal fine, anche mediante controlli periodici, viene verificata costantemente la stretta pertinenza, non eccedenza e indispensabilità dei dati rispetto al rapporto, alla prestazione o all'incarico in corso, da instaurare o cessati, anche con riferimento ai dati che Lei fornisce di propria iniziativa. I dati che, anche a seguito delle verifiche, risultano eccedenti o non pertinenti o non indispensabili non sono utilizzati, salvo che per l'eventuale conservazione, a norma di legge, dell'atto o del documento che li contiene.

10. I suoi diritti

Nella sua qualità di interessato, Lei ha diritto:

- di accesso ai dati personali;
- di ottenere la rettifica o la cancellazione o la limitazione del trattamento dei dati personali che La riguardano;
- di opporsi al trattamento dei dati personali;
- di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

11. Conferimento dei dati

Il conferimento di tali dati è indispensabile per lo svolgimento delle procedure di cui all'Avviso Pubblico. Il mancato conferimento comporterà l'impossibilità di partecipare all'Avviso Pubblico per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2019/2022, indetto da questa Regione, tramite graduatoria riservata ex art. 12 comma 3 del D.L. 35/2019, convertito con L. 60/2019.



REGIONE BASILICATA
DIPARTIMENTO POLITICHE DELLA PERSONA
UFFICIO PERSONALE DEL S.S.R.

DICHIARAZIONE DA RENDERSI AI SENSI DELL'ART. 47 DPR N. 445 DEL 28.12.2000

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
e residente a _____
alla Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____

Ammesso alla frequenza del corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale di cui alla D.G.R. n. _____ consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci incorrerebbe nelle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità.

DICHIARA

1. che allo stato attuale non esiste nei suoi confronti alcuna delle incompatibilità previste dall'art. 11 del decreto del Ministero della Salute 07.03.2006, ai fini della frequenza al corso (rapporti di dipendenza pubblici o privati, rapporti convenzionali o consulenze anche di carattere temporaneo con amministrazioni ed enti pubblici o privati, iscrizione a frequenza a corsi di specializzazione o di dottorato di ricerca);
2. di essere consapevole che ai medici in formazione, di cui al corso triennale in argomento, sono consentite unicamente le sostituzioni previste dell'art. 19 comma 11 della L. 448 del 28.12.2001, come richiamata al comma 2 dell'art. 11 del D.M. 07.03.2006;
3. di essere consapevole che la deroga di cui al precedente punto 2) ha carattere eccezionale e che è esclusa la possibilità di estendere la stessa ad altri rapporti di lavoro;
4. di essere consapevole che ai medici in formazione, di cui al corso triennale in argomento, sono consentiti gli incarichi, acquisiti successivamente all'avvio del corso, di cui all'art. 9, comma 1, del D.L. 135/2018, convertito in legge con modificazioni n. 12/2019;
5. di essere consapevole che durante lo svolgimento del corso e per tutta la sua durata non può usufruire di altra borsa di studio o altri analoghi assegni o sovvenzioni;
6. di rinunciare, per l'intera durata del corso qualsivoglia rapporto che determini incompatibilità di cui al punto 1);
7. di essere consapevole che in presenza di accertata incompatibilità ne consegue l'espulsione del medico tirocinante dal corso, a prescindere della durata della contemporanea coesistenza tra attività formativa e rapporti che determinano situazioni di incompatibilità;
8. di impegnarsi, in caso di insorgenza di situazioni di incompatibilità, a rinunciare spontaneamente al corso.

Data _____

IN FEDE _____
(FIRMA)