

Domanda di ammissione al corso di formazione per l'acquisizione dell'attestato di idoneità all'attività di emergenza sanitaria territoriale

**All'Ufficio Centrale Regionale**

**Pec: [aslumbria2@postacert.umbria.it](mailto:aslumbria2@postacert.umbria.it)**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione**

(D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_) Stato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_) in  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
c.a.p. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a al corso di formazione per il conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale 118, ai sensi dell'art. 66 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

A tal fine, 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:

- di essere cittadino/a italiano/a,  
 di essere cittadino/a di uno Stato membro dell'Unione europea (*indicare lo Stato*) \_\_\_\_\_;  
 di essere cittadino del seguente Stato \_\_\_\_\_, in possesso di uno dei requisiti di cui all'articolo art. 38, comma 1 e comma 3 bis del D.lgs. 165/2001 (*indicare il requisito*) \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_/\_\_\_;

3. di essere iscritto all'albo dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri, provincia di \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_;
4. di essere medico (apporre una crocetta in corrispondenza del titolo di partecipazione):
- Incaricato a tempo indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale della Azienda USL\_\_\_\_\_ Regione Umbria da \_\_\_\_\_
  - Inserito/non inserito\* nella graduatoria regionale dei Medici di Medicina Generale valevole per l'anno 2024 pubblicata nel B.U.R.U. – serie avvisi e concorsi n. 59 del 14/11/2023 alla posizione\_\_\_\_\_ con punteggio\_\_\_\_\_;
  - Essere/non essere\* in possesso di Diploma di formazione specifica in Medicina Generale conseguito nell'anno\_\_\_\_\_, presso la Regione \_\_\_\_\_,
5. di:
- non frequentare  frequentare il Corso di Formazione specifica in Medicina Generale;
6. di:
- non essere iscritto  essere iscritto a Scuola di Specializzazione;
7. di detenere/non detenere\* alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato. In caso affermativo indicare la natura del rapporto \_\_\_\_\_;
8. di non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità, ai sensi dell'art. 21 dell'ACN-MMG 28/04/2022 e s.m.i..

Dichiara, inoltre:

9. di accettare tutte le disposizioni dell'avviso pubblico,
10. di impegnarsi, in caso di ammissione, al versamento della quota di partecipazione di €.1.000,00 a favore della Azienda USL Umbria 2, con le modalità comunicate dalla medesima Azienda, pena l'esclusione dallo stesso,
11. di eleggere, per ogni comunicazione, preciso recapito al seguente indirizzo:
- città \_\_\_\_\_
- (provincia di \_\_\_\_\_) Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- c.a.p. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_
- e-mail \_\_\_\_\_
- PEC \_\_\_\_\_

impegnandosi a comunicare eventuali variazioni successive e riconoscendo che la Regione Umbria non si assume alcuna responsabilità, in caso di irreperibilità del destinatario,

12. di aver preso visione dell'informativa, allegata alla presente domanda, relativa al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016.

Dichiaro, infine, che le notizie sopra riportate corrispondono al vero, nella consapevolezza che il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 del D.P.R. 445/2000).

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, infine, allega alla presente copia fotostatica di proprio documento di identità in corso di validità.

(\* Cancellare la voce che NON interessa)

**N.B.:**

La domanda dovrà essere trasmessa entro il termine perentorio di **10 giorni** a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione dell'Avviso nel Bollettino Ufficiale - Serie Avvisi e Concorsi.

**INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, RIGUARDANTE L'AVVISO PUBBLICO PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI FORMAZIONE DI 40 MEDICI, PER IL CONSEGUIMENTO DELL'IDONEITA' ALL'ESERCIZIO DI ATTIVITA' MEDICA DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE, AI SENSI DELL'ART. 66 DEL VIGENTE ACN PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE, AUTORIZZATO DALLA REGIONE UMBRIA CON D.G.R. N. 156/2021**

Ai sensi dell'art.13 del Regolamento europeo n. 679/2016 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, si informa che:

- 1) il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento, da parte di questa Amministrazione, della formazione della graduatoria, ai fini dello svolgimento del corso di formazione per il conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;
- 2) il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;
- 3) il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito nella graduatoria di cui al punto 1);
- 4) i dati personali saranno pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Umbria e nei siti istituzionali della Regione Umbria e delle Aziende sanitarie territoriali umbre;
- 5) l'art.13 del Regolamento europeo n. 679/2016 e l'art. 96 del D.lgs. n. 196/2013, come modificato dall'art. 7 del D.lgs. n. 101/2018, Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;
- 6) titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 con sede in Terni – Via Donato Bramante n.37 – cap. 05100.

Il/La Sottoscritto/a Cognome Nome \_\_\_\_\_

autorizza il trattamento dei propri dati personali per le finalità sopra riportate

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

Firma

\_\_\_\_\_