



**AVVISO PUBBLICO**  
**PER L'AMMISSIONE AL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA**  
**GENERALE (2022-2025) DELLA REGIONE CALABRIA TRAMITE GRADUATORIA**  
**RISERVATA, SENZA BORSA DI STUDIO**  
**EX ART. 12 COMMA 3 DEL D.L. 35/2019, CONVERTITO CON L. 60/2019**

*Art. 1 – Contingente*

1. Nella Regione Calabria, 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 2022 – 2025, a tempo pieno, per n.38 (trentotto) 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;
  - 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 Calabria nei concorsi precedenti a quello relativo al triennio 2022-2025;
  - 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, ora rispettivamente denominate ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, 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 Calabria relativo al triennio 2022-2025. 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 2022-2025.



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 2023, e deve essere mantenuto per tutta la durata dello stesso. 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 comma 2 lettera c), prima della data di inizio ufficiale del Corso.

*Art. 3 – Domanda e termine di presentazione*

1. La domanda di ammissione dovrà essere prodotta, a pena di irricevibilità, tramite pec all'indirizzo [avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it](mailto:avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.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, fatto salvo quanto disposto dall'art. 2 comma 4 indicando, in caso di risposta affermativa, la provincia di iscrizione e di essere a conoscenza che il requisito dell'iscrizione all'albo deve essere mantenuto per tutta la durata del corso;
  - 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 dichiarerà 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 siccome convertito con L. 60/2019) in altra Regione o Provincia Autonoma;
  - i) di essere/non essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia o a dottorati di ricerca (*specificarne la tipologia e la sede universitaria*);



- j) di aver conseguito l'idoneità al concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale nella Regione Calabria specificando l'anno di partecipazione al concorso, precedente a quello relativo al triennio 2022-2025;
- 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, ora rispettivamente denominate ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, 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 Calabria relativo al triennio 2022-2025;
- l) di aver svolto gli incarichi specificati nell'Allegato B2) ai fini del calcolo del punteggio di anzianità di servizio di cui all'art. 20, 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.

5. La domanda dovrà essere presentata con pec ([avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it](mailto:avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it))

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 la 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 della presente procedura selettiva e del corso, costituirà domicilio digitale presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione. Il candidato dovrà comunicare le eventuali variazioni di domicilio, anche digitale, o recapito che si verifichino successivamente alla presentazione della domanda come segue.
- 7. L'Amministrazione non si assume responsabilità per la dispersione delle domande o di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del candidato oppure mancato o tardivo aggiornamento dei recapiti indicati nella domanda, né per eventuali disguidi postali o informatici o comunque non imputabili a codesta Amministrazione.
- 8. Le comunicazioni relative alla procedura sono effettuate ai candidati tramite pubblicazione sul Portale Istituzionale della Regione Calabria <https://www.regione.calabria.it/website/organizzazione/dipartimento9/>
- 9. 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 Calabria, 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 mediante la valutazione dei titoli previsti dall'art. 20 dell'ACN 28 aprile 2022, 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 all'Accordo Collettivo Nazionale sopracitato, art. 20, 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 Calabria.
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 sul BUR della Regione Calabria;
6. Tutte le informazioni sulla graduatoria e sulle attività conseguenti (in particolare per quanto riguarda le modalità e tempistiche di convocazione al corso) saranno BURC e presso gli Ordini provinciali dei medici e chirurghi della Regione Calabria.

#### *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 B3) 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 della presente procedura selettiva e 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 - da indicare al momento della registrazione sul sito - 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 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 pec.

#### *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 2022 – 2025 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 72 ore a decorrere dal giorno seguente alla trasmissione della comunicazione di cui ai commi 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 comunicare tramite pec, ([avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it](mailto:avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it)) ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, formale comunicazione con cui dichiarano 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.  
All'atto di accettazione all'iscrizione al corso, gli interessati dovranno, altresì, impegnarsi espressamente a comunicare alla Regione eventuali sospensioni/cancellazioni/radiazioni dall'albo professionale che dovessero sopravvenire sino alla conclusione del corso.  
**In mancanza della dichiarazione di cui sopra, i candidati interessati non saranno ammessi a frequentare il corso.**
5. Il candidato utilmente collocato nella graduatoria iscritto a scuole di specializzazione in medicina e chirurgia o a dottorati di ricerca è ammesso 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.
6. In mancanza della dichiarazione di cui ai commi 4. e 5. precedenti, i candidati interessati non saranno ammessi a frequentare il corso.

#### *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 del corso.
2. Lo scorrimento della graduatoria viene effettuata con le modalità indicate ai commi 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 2022-2025, 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 Calabria.

#### *Art. 12 - Disciplina del corso - rinvio*

1. L'inizio del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale 2022-2025 è previsto entro il mese di aprile 2023, ha durata di tre anni e comporta un impegno dei partecipanti a tempo pieno, con obbligo della frequenza alle attività didattiche teoriche e pratiche.
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 lavorativa e frequenza del corso*

1. Ai medici ammessi a frequentare il corso sono applicate le incompatibilità ordinarie previste dall'art. 11 del D.M. Salute 07.03.2006, ivi comprese le eccezioni di cui all'art. 19 comma 11 della L. 448/2001, nonché successive disposizioni in merito previste dalla normativa di settore. La violazione delle disposizioni in materia di incompatibilità è causa di espulsione dal corso.
2. 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.



3. 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, pena la non ammissione alla frequenza del corso.

*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 2023.
2. Ulteriori informazioni sul corso e sulle modalità di presentazione della domanda possono essere inviate all'indirizzo pec: [avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it](mailto:avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it) o ai **seguenti numeri telefonici: 0961 856522 – 6013 – 8929.**

Il Responsabile del Procedimento è il Dirigente del settore: Medicina Convenzionata Continuità Assistenziale Sistemi Alternativi al Ricovero Gestione Territoriale delle Epidemie .

**Fac-simile domanda - Allegato B1)**  
(Compilare in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile)

Inviare via PEC all'indirizzo:

Alla Regione CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute e  
Politiche Sanitarie

Servizio n.5 medicina Convenzionata  
Continuità  
Assistenziale Sistemi Alternativi al  
Ricovero gestione Territoriale Delle  
Epidemia.

[avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it](mailto:avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it)

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 2022/25 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)

OVVERO in caso di titolo conseguito all'estero

di essere in possesso del decreto di riconoscimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

5. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale conseguita:

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

*(in caso di laurea abilitante indicare la data di laurea)*

OVVERO in caso di titolo conseguito all'estero

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

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

Qualora il candidato dichiara di non essere in possesso dell'iscrizione all'ordine (lettera f, art. 3, comma 4 dell'Avviso), ai sensi dell'art. 3, comma 4, lettera g dell'Avviso, dovrà compilare quanto segue:

Il sottoscritto, dott. \_\_\_\_\_ dichiara di essere a conoscenza che il suddetto requisito deve essere posseduto alla data di inizio ufficiale del corso prevista entro il mese di aprile 2023, pena la non ammissione al corso. Si impegna, a tal fine, a presentare alla Regione CALABRIA, prima dell'inizio del corso, idonea dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Il sottoscritto, dott. \_\_\_\_\_ dichiara di essere a conoscenza che il possesso del requisito di cui alla lettera f) dell'Art. 3 comma 4 dell'Avviso, deve essere mantenuto per tutta la durata dello stesso e si impegna, sin d'ora a comunicare a Regione CALABRIA eventuali sospensioni/cancellazioni/radiazioni dall'albo professionale sopravvenute sino alla conclusione del corso;

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

8. di essere stato incaricato, nell'ambito delle funzioni convenzionali previste dall'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per almeno ventiquattro mesi, anche non continuativi, nei dieci anni antecedenti alla data di scadenza della presentazione della domanda di partecipazione al concorso per l'accesso al corso di formazione specifica in medicina generale relativo agli anni 2022/25;

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 2022/25 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 indicarne tipologia e sede universitaria)
- di accettare tutte le disposizioni dell'avviso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale 2022/25 della Regione CALABRIA tramite graduatoria riservata ex art. 12, comma 3 del D.L. 35/2009 convertito con L. 60/2019;
- di aver preso visione dell'informativa, allegato B3), per il trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento europeo n. 679/2016.

Allega le dichiarazioni sostitutive di atto notorio relative ai titoli di servizio di cui all'art. 20, Titolo II "Titoli di servizio", Accordo Collettivo Nazionale con i Medici di medicina generale del 28 aprile 2022 (Allegato B2).

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.**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(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 2022-2025 DELLA REGIONE CALABRIA**

Da inviare, unitamente alla domanda, esclusivamente mediante l'applicazione informatica disponibile sul sito:

<https://www.regione.calabria.it/website/organizzazione/dipartimento9/>

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 D.L. n. 35/2019 convertito con L. n. 60/2019, della D.G.R. n. \_\_\_\_\_ e del decreto n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, al corso triennale di formazione specifica in medicina generale anni 2022/25, organizzato a tempo pieno, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:
- 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 del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza primaria" fino al 27/04/2022), con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell'ambito della Regione CALABRIA** (p. \_\_\_\_\_)  
*0,30 per mese di attività)\**

dal.....al..... Azienda.....  
dal ..... al ..... Azienda.....  
dal.....al..... Azienda.....:

2. **Attività di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza primaria" fino al 27/04/2022), 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 del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza primaria" fino al 27/04/2022) solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni 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.  
.....

**4. Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale del titolare, anche se di durata inferiore a 5 gg.:**

*(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. Attività di sostituzione del titolare effettuata su base oraria:** *(p.0,20 per mese corrispondente a 96 ore di attività)\**

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

**6. Servizio effettivo di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (denominata "continuità assistenziale" fino al 27/04/2022), con incarico 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 corrispondente a 96 ore di attività)\**

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

**8. Servizio effettivo nella medicina dei servizi territoriali con incarico a tempo indeterminato  o di sostituzione**   
(barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)  
(p.0,20 per ogni mese corrispondente 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** \_\_\_\_\_

**Servizio effettivo di medico di assistenza penitenziaria / servizio effettivo in rapporto di convenzionamento con il SSN presso gli Istituti penitenziari, a tempo indeterminato  determinato  o di sostituzione**   
(p.0,20 per ogni mese di attività corrispondente a 96 ore di attività)\*



dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ 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 ogni mese corrispondente a 52 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** \_\_\_\_\_

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 (svolta a periodi mensili o ad ore):**

**di attività)**

(p. 0,20 per ogni mese corrispondente a 96 ore

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

ore \_\_\_\_\_

ASL \*\* ..... di ..... dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

ASL \*\* ..... di ..... dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

ASL \*\* ..... di ..... dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_



**12. Turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali  di continuità dell'assistenza  di emergenza sanitaria territoriale, ai sensi dell'ACN della medicina generale :** (barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio):

(p.0,05 per mese corrispondente 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 giorni continuativi** (p. 0,10 per mese di attività)\*

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

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

(p. 0,05 per mese di attività)\*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**20. Servizio prestato presso aziende termali (con le modalità di cui all'art.8 della Legge 24 ottobre 2000 n. 323) equiparato all'attività di continuità assistenziale: (\*) servizio prestato presso aziende termali private accreditate 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 dell'Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di medicina generale di cui all'ACN per la medicina generale; servizio prestato ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n.125 ed assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del Decreto Ministeriale 1 settembre 1988, n. 430:** (\*) il servizio deve essere attestato con certificazioni, in originale o copia conforme all'originale, sottoscritte dal legale rappresentante dell'Ente, con allegata la traduzione in lingua italiana certificata, vistata per conferma dalla competente autorità consolare italiana all'estero. Per i servizi sanitari prestati all'estero per i quali è previsto uno specifico provvedimento di riconoscimento (art.124, comma 2, decreto legislativo 112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento.

(p. 0,20 per mese di

attività) \*

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

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

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

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

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

(1) Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000)

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

**Recapiti degli Enti/ASL/Istituti indicati nella presente domanda**

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 (I)** \_\_\_\_\_



### **Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali**

**Ai sensi del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n. 2016/679/UE e del Codice della Privacy, D.Lgs. 30**

**giugno 2003, n. 196 modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, si informa che:**

- **i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per le finalità strettamente necessarie e connesse alla formazione della graduatoria riservata per l'ammissione al corso di formazione specifica in medicina generale 2022-2025 della regione CALABRIA . Per tali finalità l'acquisizione dei dati è necessaria e il loro mancato conferimento, o una loro omissione, comporterà l'esclusione dalla procedura.**
- **il trattamento viene effettuato mediante strumenti cartacei, informatici, telematici e telefonici.**
- **l'interessato ha diritto di accedere ai dati che lo riguardano, di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione se non pertinenti o raccolti in modo non conforme alle norme. L'interessato può, altresì, opporsi al trattamento per motivi legittimi.**
- **i dati personali saranno pubblicati sul sito istituzionale e sul Bollettino Ufficiale della Regione CALABRIA**
- **Titolare del trattamento dei dati è Regione CALABRIA**

Il Responsabile del Procedimento è il Dirigente del settore: Medicina Convenzionata Continuità Assistenziale Sistemi Alternativi al Ricovero Gestione Territoriale delle Epidemie

**Si autorizza l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali.**

**Data** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_



## ALLEGATO C

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

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)