



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



PNRR
MISSIONE 6 - SALUTE

Région Autonome
Vallée d'Aoste



Regione Autonoma
Valle d'Aosta

Allegato A1)

All'Assessorato Sanità, salute e politiche sociali
Struttura assistenza territoriale, formazione e
gestione del personale sanitario
PEC: sanita_politichesociali@pec.regione.vda.it

Il/La sottoscritto/a _____
(Cognome e Nome)
nato/a _____ Provincia _____
il _____ e residente a _____ Provincia _____
CAP _____ in via/piazza _____ n. civico _____
telefono fisso _____ cellulare _____
codice fiscale _____
PEC _____ e-mail _____

SI PREGA DI SCRIVERE TUTTI I DATI IN MODO CHIARO E LEGGIBILE

CHIEDE

di essere ammesso/a al concorso pubblico, per esami, per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale del triennio 2023/2026 di cui al D. Lgs. n. 368 del 17.8.1999 e s.m.i., approvato da codesta Regione con DGR n. 823 del 24 luglio 2023.

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 altro Stato membro dell'Unione Europea _____

2. di essere:

(indicare la cittadinanza di Stato dell'Unione Europea)

- ☐ cittadino _____ non avente cittadinanza di Stato membro UE

(indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'UE)

ma di essere familiare di _____

(indicare COGNOME e NOME del familiare)



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



PNRR
MISSIONE 6 - SALUTE

Région Autonome
Vallée d'Aoste



Regione Autonoma
Valle d'Aosta

☐ cittadino di _____ Stato membro UE

e in possesso di uno dei seguenti requisiti previsti dal comma 1, art. 38 del D. Lgs. 165/2001 e s.m.i.:

- 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 rilasciato dalla Questura di _____ il _____;

3. di essere:

- ☐ cittadino _____ 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 e s. m. i.:
- 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, attestato 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 votazione ____/____ (specificare se su base 100 o 110)

OVVERO in caso di titolo conseguito all'estero:

- ☐ di essere in possesso del decreto di riconoscimento n. _____ del _____,
- ☐ oppure di aver avviato la relativa procedura per il riconoscimento presso la competente Autorità, in data _____ prot. n. _____;
- ☐ di non essere ancora in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia.

Qualora il candidato non sia ancora in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia ai sensi dell'art. 3, comma 4, lettera i) del bando

DICHIARA

- di essere a conoscenza che il requisito del diploma di laurea deve essere posseduto entro il giorno antecedente la data del concorso, **pena il non inserimento nella graduatoria unica regionale e la conseguente non ammissione al corso stesso;**
- di impegnarsi a presentare all'Assessorato Sanità, entro il giorno successivo alla data del concorso, apposita dichiarazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, contenente il possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, l'Università che lo ha rilasciato, il giorno, mese e anno in cui è stato conseguito e la votazione ottenuta, all'indirizzo PEC:



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



PNRR
MISSIONE 6 - SALUTE



sanita_politichesociali@pec.regione.vda.it, **pena il non inserimento nella graduatoria unica regionale e la conseguente non ammissione al corso stesso.**

5.

- ☐ di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale conseguito presso l'Università di _____ il _____

OVVERO in caso di titolo conseguito all'estero

con Decreto Ministeriale numero _____ del _____

- ☐ di NON essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale;
- ☐ di essere in possesso di laurea abilitante ai sensi dell'art 102, della L. 27/2020;

6.

- ☐ di essere iscritto/a all'albo dell'Ordine provinciale dei medici chirurghi ed odontoiatri della repubblica Italiana di _____ con il numero _____;
- ☐ di NON essere iscritto/a all'albo dell'Ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri;

Qualora il candidato dichiara di non essere in possesso dell'abilitazione e/o dell'iscrizione all'ordine (art. 3, comma 4, lettere e ed f, del Bando), ai sensi dell'art. 3, comma 4, lettera i) del Bando

DICHIARA

di essere a conoscenza che i suddetti requisiti devono essere posseduti alla data di inizio ufficiale del corso prevista entro il mese di febbraio 2024, pena la non ammissione al corso. Si impegna, a tal fine, a presentare alla Regione, 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 dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che il possesso del requisito di cui all'art. 3, comma 4, lettera f) del Bando, deve essere mantenuto per tutta la durata del corso e si impegna a comunicare al responsabile del corso eventuali sopravvenute sospensioni/cancellazioni/radiazioni dall'albo professionale sino alla conclusione del corso.

7. di avere diritto all'applicazione:

- a) della L. 104/92 e in particolare:

(specificare l'ausilio necessario in relazione al proprio handicap)

Impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali condizioni sopraggiunte rilevanti ai fini dell'organizzazione della prova di concorso.

- b) della L. 170/2010 e ss.mm.ii. (DSA) e in particolare richiede l'utilizzo delle seguenti misure compensative previste dal bando:
- tempo aggiuntivo del 30%
- calcolatrice non programmabile e non scientifica (da procurarsi a cure del candidato).



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



PNRR
MISSIONE 6 - SALUTE

Région Autonome
Vallée d'Aoste



Regione Autonoma
Valle d'Aosta

Dichiara di accettare tutte le disposizioni del presente bando di concorso e in particolare quanto previsto in relazione al possesso dei requisiti di abilitazione all'esercizio della professione e di iscrizione all'albo di un Ordine provinciale dei medici chirurghi e odontoiatri della Repubblica Italiana entro la data di avvio ufficiale del corso triennale di formazione.

Dichiara inoltre:

- ☐ di non avere presentato domanda di ammissione al concorso per il corso di formazione specifica in medicina generale in altra Regione o Provincia autonoma e di impegnarsi a non presentarla entro la scadenza del presente bando;
- ☐ di non essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia o a dottorati di ricerca;
- ☐ di essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia o a dottorati di ricerca

_____;

(se si indicarne tipologia e sede universitaria)

- ☐ di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali (Allegato A2) ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento europeo n. 679/2016.

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.**



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



PNRR
MISSIONE 6 - SALUTE



Allegato A2)

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI UE 2016/679

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è la Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede in Piazza Deffeyes, n. 1 – 11100 Aosta, contattabile all'indirizzo PEC segretario_generale@pec.regione.vda.it

DELEGATO AL TRATTAMENTO

Delegato al trattamento dei dati è il Dirigente della Struttura sanità ospedaliera e territoriale e gestione del personale sanitario dott.ssa Elisabetta GIACOMINI (tel. 0165/274267 – e-mail e.giacomini@regione.vda.it)

DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati della Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste è raggiungibile ai seguenti indirizzi PEC: privacy@pec.regione.vda.it (per i titolari di una casella di posta elettronica certificata) o PEI privacy@regione.vda.it, con una comunicazione avente la seguente intestazione: "All'attenzione del DPO della Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste".

FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

I dati forniti saranno trattati dal personale autorizzato del Dipartimento Sanità e salute, anche in forma elettronica, per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico, segnatamente per l'espletamento, da parte di questa Amministrazione, del concorso pubblico, per esami, e per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale per il triennio 2023/2026, gestito dall'Azienda USL della Valle d'Aosta. 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 ammesso al concorso.

AMBITO DI COMUNICAZIONE E DI DIFFUSIONE DEI DATI.

I dati forniti sono altresì trattati dal personale dipendente della Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste (Assessorato sanità, salute e politiche sociali – Struttura assistenza territoriale, formazione e gestione del personale sanitario), il quale agisce sulla base di specifiche istruzioni fornite in ordine alle finalità e alle modalità del trattamento medesimo.

I dati forniti saranno comunicati, sempre esclusivamente nell'ambito degli adempimenti connessi al concorso, al personale dipendente dell'Azienda USL della Valle d'Aosta per la gestione del corso di formazione.

La graduatoria contenente "Cognome, Nome, punteggio e Posizione in Graduatoria" sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione autonoma Valle d'Aosta e nell'apposita pagina del sito internet della Regione stessa: www.regione.vda.it/sanita/personale/graduatorie/default_i.asp.

I dati forniti non saranno trasferiti a paesi terzi al di fuori dell'Unione Europea.

PERIODO DI CONSERVAZIONE

I dati forniti saranno conservati in formato cartaceo e digitale durante il periodo previsto dalla normativa vigente in materia di conservazione, anche ai fini di archiviazione, dei documenti



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



PNRR
MISSIONE 6 - SALUTE



amministrativi e, comunque, di rispetto dei principi di liceità, necessità, proporzionalità, nonché delle finalità per le quali sono stati raccolti.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui agli articoli 15 e seguenti del Regolamento UE/2016/679. In particolare, potrà chiedere la rettifica o la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento dei dati personali o opporsi al trattamento nei casi previsti, inviando l'istanza al DPO delle Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, raggiungibile agli indirizzi indicati nella presente informativa.

DIRITTI DI PROPORRE RECLAMO

L'interessato, se ritiene che il trattamento dei dati personali sia avvenuto in violazione di quanto previsto dal Regolamento UE/2016/679, ha diritto di proporre reclamo al garante per la protezione dei dati personali, ai sensi dell'articolo 77 del medesimo Regolamento, utilizzando gli estremi di contatto reperibili nel sito www.garanteprivacy.it

DATA _____

FIRMA _____