



REGIONE CAMPANIA

**GRADUATORIA REGIONALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE
ANNO 2020 - valevole per l'anno 2021**

MARCA D
BOLLO

€

Alla Direzione Generale per la Tutela
della Salute ed il Coordinamento del
Sistema Sanitario Regionale
Napoli

PRIMO

INSERIMENTO 0

INTEGRAZIONE TITOLI 0

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

prov. _____ il ____/____/____ sesso: M F codice fiscale _____

residente a* _____ prov. _____

indirizzo: _____ n. _____ CAP _____

cell.* _____ e-mail _____ PEC* _____

secondo quanto previsto dall'art. 2 dell'A.C.N. per la medicina generale del 21 giugno 2018 e s.m.i.,
chiede

l'inserimento nella graduatoria regionale di medicina generale, a valere per l'anno 2021

dichiara (facoltativo)

la propria disponibilità all'inserimento nelle graduatorie aziendali per l'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o per sostituzioni nelle seguenti Aziende e settori di attività: (*)

AP CA MS EST

Azienda _____

Azienda _____

Azienda _____

Azienda _____

Azienda _____

Azienda _____

- (*) AP assistenza primaria
CA continuità assistenziale
MS medicina dei servizi territoriali
EST emergenza sanitaria territoriale

Allega alla presente domanda:

- n. _____ dichiarazioni sostitutive di certificazione;
n. _____ dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio;
n. _____ altre certificazioni;

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata a:
propria residenza;

seguente indirizzo: Via _____ n. _____ CAP _____ Comune di _____

Data _____

Firma _____

dichiara

Pena esclusione dalla presente graduatoria

Di essere **titolare di incarico a tempo indeterminato** nella

In Regione Campania

- | | | | |
|--|--------------------|-----------|-----------|
| ○ Assistenza Primaria | presso la ASL..... | DSB | dal |
| ○ Continuità Assistenziale | presso la ASL..... | DSB | dal |
| ○ Dirigente Territoriale | presso la ASL..... | DSB | dal |
| (Ex Medicina dei Servizi) | | | |
| ○ Emergenza Sanitaria Territoriale 118 | presso la ASL..... | DSB | dal |

Di essere **titolare di incarico a tempo indeterminato** nella

Regione

- | | | | |
|--|--------------------|-----------|-----------|
| ○ Assistenza Primaria | presso la ASL..... | DSB | dal |
| ○ Continuità Assistenziale | presso la ASL..... | DSB | dal |
| ○ Dirigente Territoriale | presso la ASL..... | DSB | dal |
| (Ex Medicina dei Servizi) | | | |
| ○ Emergenza Sanitaria territoriale 118 | presso la ASL..... | DSB | dal |

Di essere **Titolare di altro incarico**

- Specialista Ambulatoriale presso la ASL..... DSB dal
- Specialista Ambulatoriale accreditato presso dal
- Pediatra di libera scelta convenzionato con il SSN presso la ASL..... DSB dal
- Dipendente Ospedaliero presso Azienda..... dal
- Dipendente Azienda Sanitaria presso Azienda..... dal
- Incaricato c/o strutture sanitarie a qualsiasi titolo, stabilimenti o istituzioni private convenzionate; presso..... dal
- Incaricato presso stabilimenti termali presso..... dal
- Fruisca del trattamento di pensione dal
- Svolga funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS presso..... dal
- Iscritto al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale in Regione..... dal
- Iscritto alla Scuola di Specializzazione in Presso l'Università..... di dal

☒ **Di non ricoprire alcun incarico**

Allegato A**Dichiarazione sostitutiva di certificazione***

(art. 46 DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott. _____

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 dicembre 2000, n. 445:

DICHIARA

di essere cittadino italiano;

di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare) _____;

di essere cittadino del seguente Stato _____ ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art.38, commi 1 e 3bis del D.lgs n.165/2001 e s.m.i. (cfr. punto 1a delle "Avvertenze Generali");

di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di _____ il ____/____/____ con voto ____/____;*
* occorre specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110

di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale il ____/____/____ presso l'Università di _____;

di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ nr _____

di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale (D.lgs 368/99 e s.m.i.) conseguito il ____/____/____ presso la Regione _____;

data di inizio corso ____/____/____ data di fine corso ____/____/____

di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale del triennio ____/____/____, iniziato il ____/____/____ presso la Regione _____ con previsione di conseguimento del titolo entro il 15 settembre p.v. (cfr. punto 1d delle "Avvertenze Generali");

di essere in possesso della specializzazione in medicina generale, o disciplina equipollente o affine: (indicare la specializzazione)

_____ conseguita il ____/____/____ presso l'Università di _____ con frequenza dal ____/____/____ al ____/____/____;

_____ conseguita il ____/____/____ presso l'Università di _____ con frequenza dal ____/____/____ al ____/____/____;

_____ conseguita il ____/____/____ presso l'Università di _____ con frequenza dal ____/____/____ al ____/____/____;

di essere in possesso di certificato di conoscenza della lingua inglese conseguito il ____/____/____ presso _____;
(cfr. punto 6 delle "Avvertenze Generali");

di essere in possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC conseguita il ____/____/____ presso _____;

di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale conseguito presso _____ il ____/____/____;

di non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

di non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM).

Data ____/____/____

Firma _____

Allegato B**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà***

(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott. _____
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 dicembre 2000, n. 445:

DICHIARA

il possesso dei seguenti titoli di servizio:

Attività di medico di assistenza primaria convenzionato, con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell'ambito della Regione _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

____/____/____ Azienda _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____

Attività di medico di assistenza primaria convenzionato, con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell'ambito di altra Regione (specificare) _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____

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 giorni continuativi:

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ medico _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ medico _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ medico _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ medico _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ medico _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ medico _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ medico _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ medico _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ medico _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ medico _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ medico _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ medico _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ medico _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ medico _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ medico _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ medico _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ medico _____

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

dal ___/___/___ al ___/___/___	Azienda _____	medico _____
dal ___/___/___ al ___/___/___	Azienda _____	medico _____
dal ___/___/___ al ___/___/___	Azienda _____	medico _____
dal ___/___/___ al ___/___/___	Azienda _____	medico _____
dal ___/___/___ al ___/___/___	Azienda _____	medico _____
dal ___/___/___ al ___/___/___	Azienda _____	medico _____
dal ___/___/___ al ___/___/___	Azienda _____	medico _____
dal ___/___/___ al ___/___/___	Azienda _____	medico _____

Attività di sostituzione del titolare effettuata su base oraria:

dal ___/___/___ al ___/___/___	Azienda _____	medico _____	ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___	Azienda _____	medico _____	ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___	Azienda _____	medico _____	ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___	Azienda _____	medico _____	ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___	Azienda _____	medico _____	ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___	Azienda _____	medico _____	ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___	Azienda _____	medico _____	ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___	Azienda _____	medico _____	ore _____

Servizio effettivo di medico di continuità assistenziale, con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o di sostituzione:

Anno: _____ Azienda _____

Gennaio	dal ___/___/___/ore _____	Luglio	dal ___/___/___/ore _____
Febbraio	dal ___/___/___/ore _____	Agosto	dal ___/___/___/ore _____
Marzo	dal ___/___/___/ore _____	Settembre	dal ___/___/___/ore _____
Aprile	dal ___/___/___/ore _____	Ottobre	dal ___/___/___/ore _____
Maggio	dal ___/___/___/ore _____	Novembre	dal ___/___/___/ore _____
Giugno	dal ___/___/___/ore _____	Dicembre	dal ___/___/___/ore _____

Anno: _____ Azienda _____

Gennaio	dal ___/___/___/ore _____	Luglio	dal ___/___/___/ore _____
Febbraio	dal ___/___/___/ore _____	Agosto	dal ___/___/___/ore _____
Marzo	dal ___/___/___/ore _____	Settembre	dal ___/___/___/ore _____
Aprile	dal ___/___/___/ore _____	Ottobre	dal ___/___/___/ore _____
Maggio	dal ___/___/___/ore _____	Novembre	dal ___/___/___/ore _____
Giugno	dal ___/___/___/ore _____	Dicembre	dal ___/___/___/ore _____

Anno: _____ Azienda _____

Gennaio	dal ___/___/___/ore _____	Luglio	dal ___/___/___/ore _____
Febbraio	dal ___/___/___/ore _____	Agosto	dal ___/___/___/ore _____
Marzo	dal ___/___/___/ore _____	Settembre	dal ___/___/___/ore _____
Aprile	dal ___/___/___/ore _____	Ottobre	dal ___/___/___/ore _____
Maggio	dal ___/___/___/ore _____	Novembre	dal ___/___/___/ore _____
Giugno	dal ___/___/___/ore _____	Dicembre	dal ___/___/___/ore _____

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi territoriali:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

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: dal

___/___/___ al ___/___/___ Istituto _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto _____

Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

Attività medica di assistenza ai turisti organizzata dalle Regioni o dalle Aziende:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

Turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale, ai sensi del presente Accordo:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

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:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____

Medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna; medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici; medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di assistenza ai naviganti:

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

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: dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

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:

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

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: dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

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:

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

Attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo, di medico della Polizia di Stato:

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

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: (*)

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

(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.

Servizio effettivo, svolto in paesi dell'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 Decreto Ministeriale 1 settembre 1988, n. 430: (*)

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

(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, vistati 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.

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 _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso Azienda _____

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di non avere avuto subito provvedimenti di revoca del rapporto convenzionale di medico di medicina generale. In caso affermativo indicare la data di revoca del rapporto convenzionale ____/____/____ e l'Azienda che ha adottato il provvedimento _____;
- che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1).

Data ____/____/____

Firma _____(2)

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

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

(3) I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

AVVERTENZE GENERALI

1. I medici che aspirano all'iscrizione nella graduatoria devono presentare annualmente la propria domanda e possedere, alla data di scadenza dei termini per la presentazione della stessa, i seguenti requisiti:
 - a. cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE. Possono chiedere l'iscrizione i familiari di cittadini europei non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, i cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria;
 - b. diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;
 - c. iscrizione all'Albo professionale;
 - d. titolo di formazione specifica in medicina generale o titolo equipollente di cui al D.lgs., 368/1999 e s.m.i (abilitazione all'esercizio professionale conseguita entro il 31 dicembre 1994). Possono presentare domanda i medici che nell'anno acquisiranno il titolo di formazione, che dovrà essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre p.v.;
2. I medici allegano alla domanda le dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio concernenti i titoli valutabili ai fini della graduatoria. Possono presentare annualmente allegati integrativi dei titoli aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati.
3. La domanda, in bollo, deve essere trasmessa con modalità telematica definita dalla Regione entro il 31 gennaio di ogni anno all'Assessorato regionale alla Sanità o all'Azienda Sanitaria individuata. Sono fatte salve differenti modalità di trasmissione disposte dalla Regione.
4. La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la trasmissione oltre il termine di scadenza comportano l'esclusione dalla graduatoria.
5. I titoli devono essere documentati:
 - a. con dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000 (Allegato A alla domanda), per i titoli accademici e di studio;
 - b. con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art.47 del DPR n. 445/2000, (Allegato B alla domanda), per i titoli di servizio prestato presso una Amministrazione Pubblica o un gestore di Pubblico Servizio;
 - c. i titoli conseguiti presso soggetti privati o esteri devono essere allegati alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge.

L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi. L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività.

Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.
6. La conoscenza della lingua inglese (Allegato A) deve essere documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE).
7. Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti al 31 dicembre dell'anno precedente, nonché il diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito ed autocertificato entro il 15 settembre del corrente anno.

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 regionale di medicina generale valida per l'anno_2021_. 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 Campania;
- Titolare del trattamento dei dati è _____ Regione Campania
- Responsabile del trattamento dei dati è ____Regione Campania

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

Data____/____/____

Firma_____