

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI UN INCARICO A TEMPO INDETERMINATO PER
L'ASSISTENZA SANITARIA PRIMARIA NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI
PER GRADUATORIA**

Provincia Autonoma di Bolzano
Ufficio Distretti sanitari
Via Canonico Michael Gamper 1
39100 Bolzano

Posta elettronica certificata (PEC): gesundheitssprengel.distrettisanitari@pec.prov.bz.it

La/il sottoscritta/o Dott. _____

nata/o a _____ Prov. _____ il _____

M F Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente nel Comune _____ dal _____

Via _____ n. _____ Telefono _____

residente nel Comprensorio Sanitario _____ dal _____

residente nella Provincia di _____ dal _____

Posta elettronica certificata (PEC) _____

Indirizzo e-mail _____

P.S. Comunicazioni vengono inviate e s c l u s i v a m e n t e a mezzo posta elettronica certificata (PEC)!

D I C H I A R A

- di essere inserito nella graduatoria provinciale definitiva dei medici di Medicina generale per l'anno _____, settore assistenza sanitaria primaria
- di avere conseguito la laurea il _____ presso l'Università degli Studi di _____ con il voto _____

C H I E D E

Secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2 lettera b), dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria nell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Trentino Alto Adige n. _____ in data _____ e segnatamente per i seguenti ambiti territoriali carenti:

La/il sottoscritta/o chiede a tal fine in osservanza di quanto previsto dall'articolo 7, comma 5 dell'Accordo integrativo provinciale per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina generale, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (**barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata!**):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente.

La/il sottoscritta/o dichiara inoltre di aver compilato, in modo preciso ed in tutte le sue parti l'allegata dichiarazione informativa sui dati personali di cui all'allegato L al vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina generale.

Alla domanda deve essere allegata fotocopia di un documento di riconoscimento valido.

La/il sottoscritta/o dichiara ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 che le informazioni dichiarate sono corrette e corrispondono al vero nonché di essere a conoscenza delle conseguenze penali di cui all'art. 76, D.P.R. 445/2000 e delle conseguenze di cui all'art. 2/bis della legge provinciale 17/1993:

Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali

(decreto legislativo 196/2003 e s.m.i.)

I dati forniti dall'interessato verranno trattati dall'Amministrazione provinciale, anche in forma elettronica, nella misura necessaria per l'assegnazione di incarichi a medici di medicina generale come previsto dal contratto collettivo nazionale e dal contratto collettivo integrativo provinciale di settore, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo n. 196/2003 e s.m.i.

Il titolare del trattamento dei dati è la Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige. Il responsabile per il trattamento dei dati è la Direttrice/il Direttore della Ripartizione provinciale Salute *pro tempore*.

Il consenso al trattamento dei dati personali è necessario ai fini dello svolgimento dei compiti amministrativi richiesti.

In base agli articoli 7-10 del d.lgs. 196/2003 l'interessato ottiene con richiesta l'accesso ai propri dati, l'estrapolazione ed informazioni su di essi e potrà, ricorrendone gli estremi di legge, richiederne l'aggiornamento, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco.

Per il consenso al trattamento dei dati personali (in caso di mancato consenso al trattamento dei dati la domanda non può essere presa in considerazione!)

Data _____

Firma _____

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE PER TRASFERIMENTO DI UN INCARICO A TEMPO INDETERMINATO IN UNO DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA SANITARIA PRIMARIA

Provincia Autonoma di Bolzano
 Ufficio Distretti sanitari
 Via Canonico Michael Gamper 1
 39100 Bolzano

Posta elettronica certificata (PEC): gesundheitssprengel.distrettisanitari@pec.prov.bz.it

La/il sottoscritta/o Dott.

nata/o a _____ Prov. _____ il _____

M F Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente nel Comune _____ dal _____

Via _____ n. _____ Telefono _____

residente nel Comprensorio Sanitario _____ dal _____

residente nella Provincia di _____ dal _____

Posta elettronica certificata (PEC) _____

Indirizzo e-mail _____

P.S. Comunicazioni vengono inviate e s c l u s i v a m e n t e a mezzo posta elettronica certificata (PEC)!

D I C H I A R A

- di essere in possesso dell'attestato di conoscenza delle lingue italiana e tedesca di cui al D.P.R. 752/1976 e s.m.i., riferito al diploma di laurea oppure di certificazioni dichiarati equipollenti di cui al d.lgs. 86/2010;
- di essere titolare di un incarico a tempo indeterminato per l'Assistenza sanitaria primaria dal _____ presso l'Azienda Sanitaria/il Comprensorio sanitario _____ nelle _____ Regione/Provincia _____ con anzianità complessiva di _____ e assistenza primaria pari a mesi _____ e _____

C H I E D E

Secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2 lettera b), dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria nell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Trentino Alto Adige n. _____ in data _____ e segnatamente per i seguenti ambiti territoriali carenti:

La/il sottoscritta/o dichiara inoltre di aver compilato, in modo preciso ed in tutte le sue parti l'allegata dichiarazione informativa sui dati personali di cui all'allegato L al vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina generale.

Alla domanda deve essere allegata fotocopia di un documento di riconoscimento valido.

La/il sottoscritta/o dichiara ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 che le informazioni dichiarate sono corrette e corrispondono al vero nonché di essere a conoscenza delle conseguenze penali di cui all'art. 76, D.P.R. 445/2000 e delle conseguenze di cui all'art. 2/bis della legge provinciale 17/1993:

Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali

(decreto legislativo 196/2003 e s.m.i.)

I dati forniti dall'interessato verranno trattati dall'Amministrazione provinciale, anche in forma elettronica, nella misura necessaria per l'assegnazione di incarichi a medici di medicina generale come previsto dal contratto collettivo nazionale e dal contratto collettivo integrativo provinciale di settore, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo n. 196/2003 e s.m.i.

Il titolare del trattamento dei dati è la Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige. Il responsabile per il trattamento dei dati è la Direttrice/il Direttore della Ripartizione provinciale Salute *pro tempore*.

Il consenso al trattamento dei dati personali è necessario ai fini dello svolgimento dei compiti amministrativi richiesti.

In base agli articoli 7-10 del d.lgs. 196/2003 l'interessato ottiene con richiesta l'accesso ai propri dati, l'estrapolazione ed informazioni su di essi e potrà, ricorrendone gli estremi di legge, richiederne l'aggiornamento, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco.

Per il consenso al trattamento dei dati personali **(in caso di mancato consenso al trattamento dei dati la domanda non può essere presa in considerazione!)**

Data _____

Firma _____