

Format domanda

**Al Direttore Generale AREUS**  
**Via Luigi Oggiano, 25**  
**08100 Nuoro**  
PEC [protocollogenerale@pec.areus.sardegna.it](mailto:protocollogenerale@pec.areus.sardegna.it).

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO DI FORMAZIONE PER MEDICI DA ADIBIRE AI SERVIZI DI  
EMERGENZA TERRITORIALE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ chiede di essere ammesso/a al corso della durata complessiva di 360 ore di  
formazione per Medici da adibire ai Servizi di Emergenza Territoriale indetto dall'AREUS.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria  
responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché di  
quanto stabilito dall'art. 75 del citato D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi  
indicate

DICHIARA

- di essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_;
- di essere domiciliato a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso del seguente codice fiscale \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita in data \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;
- di non avere procedimenti disciplinari in corso e/o non avere ricevuto sanzioni disciplinari  
negli ultimi tre anni;
- di non avere procedimenti penali in corso e di non avere riportato condanne penali;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;



- 2) di essere in possesso dell'Attestato di Formazione in Medicina Generale conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ma di non essere iscritto/a nella Graduatoria Definitiva Regionale della Regione Sardegna valevole per l'anno in corso;
- 3) di non essere in possesso dell'Attestato di Formazione in Medicina Generale e non essere iscritto/a nella Graduatoria Definitiva Regionale della Regione Sardegna valevole per l'anno in corso;

Il/La sottoscritto/a dichiara di avere preso visione e di accettare incondizionatamente tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni previste dall'avviso per l'accesso al corso di formazione per Medici da adibire ai Servizi di Emergenza Territoriale ai sensi dell'Art. 96 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale e relative linee guida regionali.

Il/La Sottoscritto/a chiede che ogni comunicazione relativa alla presente selezione venga effettuata ai seguenti recapiti:

Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

ALLEGA:

- Fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità;
- Modulo, opportunamente compilato, per accordare il proprio consenso all'utilizzo dei dati personali, anche sensibili, se necessari alla procedura e agli adempimenti correlati e conseguenti al corso, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i..
- Dichiarazione di frequenza ai corsi certificati.

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

Firma \_\_\_\_\_

## **Informativa sull'acquisizione dei dati personali**

### **Regolamento U.E. 679/2016 - D.lgvo 196/2003**

*Gent.mo/ma,*

Le chiediamo di dedicare qualche minuto del suo tempo per leggere la presente informativa con la quale intendiamo illustrare come raccogliamo, utilizziamo e conserviamo i dati personali che ci vengono conferiti, comprese particolari categorie di informazioni dove sono presenti anche dati "sensibili" (art.13 e 14 del Regolamento).

Nella parte finale del documento le vengono richieste due firme.

Il Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali, entrato in vigore il 25 Maggio 2018, armonizza fra di loro le leggi sulla "privacy" dei dati dei paesi dell'U.E. per meglio proteggere i dati di tutti i cittadini Europei e dispone l'acquisizione da parte dell'interessato della manifestazione del consenso libera, specifica, informata e inequivocabile.

Per questo motivo è necessario che Lei sia consapevole dell'importanza del suo consenso e del fatto che l'Azienda Regionale per l'Emergenza Urgenza della Sardegna (Areus) si impegna a garantire tutta la protezione necessaria ai dati da Lei forniti.

**Titolare del trattamento** è il Direttore Generale dell 'Azienda Regionale per l'Emergenza Urgenza della Sardegna con sede a Nuoro (cap. 08100) in Via Luigi Oggianu 25.

**Responsabile della Protezione dei dati (RPD)** è la Dott.ssa Caterina Capillupo – e-mail [rpd@areus.it](mailto:rpd@areus.it) – tel. 0784/240476.

**Oggetto del trattamento:** Pubblica selezione per la formulazione di una graduatoria utile per l'ammissione di sessanta medici al corso di formazione per il conferimento dell'idoneità allo svolgimento dei servizi di Emergenza Territoriale.

Secondo la normativa indicata, il trattamento dei dati personali necessario all'espletamento del procedimento che La riguarda, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Garantiamo che i Suoi dati saranno:

- trattati solo per le finalità per cui sono stati raccolti
- pertinenti alle finalità e limitatamente alle medesime
- utilizzati in maniera lecita, corretta e trasparente
- accurati e tenuti aggiornati
- conservati in luogo sicuro e per il tempo necessario alle finalità

- conservati con modalità che garantiscano la sicurezza

**Base giuridica e finalità del trattamento:** il trattamento dei dati da Lei conferiti è finalizzato all'espletamento delle selezioni del personale per l'idoneità in qualità candidato alla frequenza del corso di formazione per il conseguimento dell'idoneità allo svolgimento dei servizi di Emergenza Territoriale.

**Tipologie di dati raccolti:** fra i dati raccolti personalmente o a mezzo terze parti, necessari per il trattamento in oggetto, vi sono a titolo semplificativo: nome, cognome, codice fiscale, luogo e data di nascita, indirizzo di residenza, di domicilio o fiscale, indirizzo e-mail, recapiti telefonici, professione, specializzazione, matricola aziendale, iscrizione ad albi e/o registri, titoli di studio e attestati/certificazioni/abilitazioni, curriculum vitae, documento di identità, nonché altre dichiarazioni (quali ad es. allergie alimentari, taglia o misura indumenti e scarpe ecc).

I dati dovranno essere acquisiti per iscritto, e acquisiti anche per e-mail, oralmente in caso di urgenza.

**Categorie di destinatari dei dati personali:** Enti Pubblici quali Inail, INPS, Aziende Sanitarie, Regione Sardegna. Soggetti privati quali: Medico Competente, Enti e Associazioni di Formazione, Esperti e Consulenti, Società di Assicurazione, Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico, Docenti e Istruttori, Ditte fornitrici di abbigliamento/scarpe, Banche e Istituti di credito, salvo altri.

**Modalità del trattamento e conservazione dei dati:** i dati da Lei forniti verranno trattati per tutte le finalità sopraindicate, quali un'efficace gestione dei rapporti tra le parti, la gestione dei contratti e dei servizi erogati. Le operazioni di trattamento avverranno sia con strumenti informatici sia su supporti cartacei che su ogni altro tipo di supporto idoneo, ai sensi dell'art.4 del Regolamento e consisteranno nella: raccolta, registrazione, organizzazione, strutturazione, conservazione, adattamento o modifica, estrazione, consultazione, uso, comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

Il titolare tratterà i dati personali per il tempo necessario per adempiere alle finalità sopraindicate e comunque entro 10 anni dalla cessazione del rapporto o dall'ultima attività effettuata, salvo dissenso espresso dell'interessato.

**Sicurezza dei dati:** l'Areus garantisce misure tecniche e organizzative adeguate per proteggere i sistemi contenenti i dati personali da intrusioni da parte di soggetti non autorizzati. Per questo i dati sono tenuti in luoghi sicuri protetti da sistemi di sicurezza con accesso limitato e possono essere conservati su server e altri dispositivi elettronici (pc, tablet), servizi di cloud storage o mailing forniti da Provider nazionali/internazionali. I professionisti o dipendenti che ne abbiano accesso o siano coinvolti nell'elaborazione, sono vincolati a rispettare la riservatezza dei Suoi dati e a conformarsi alle disposizioni aziendali impartite.

**Diritti dell'interessato:** Lei ha il diritto di chiedere al titolare l'accesso ai dati personali , la rettifica o la cancellazione o la limitazione al trattamento che La riguardano; può altresì opporsi al trattamento e richiedere la portabilità dei dati; ha facoltà di proporre reclamo ad un'autorità di controllo.

**Obbligo del conferimento dei dati:** il mancato consenso al trattamento dei dati personali impedisce il proseguo e la definizione del procedimento che La riguarda.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Richiamiamo la Sua attenzione sul fatto che, con finalità di rendere pubbliche le notizie che riguardano il corso in oggetto e in particolare l'addestramento sulle maxi emergenze, nel corso degli eventi programmati, potrebbero essere effettuate delle fotografie e dei filmati che riguardano i partecipanti che potrebbero essere diffusi attraverso stampa e/o media o utilizzati con finalità formative. Le chiediamo di voler esprimere il suo consenso ovvero esprimere il suo dissenso in merito.**

Si autorizza l'utilizzo della propria immagine rappresentata mediante fotografie, video, interviste che per ogni altra modalità inerente la pubblicità e la diffusione degli eventi *(barrare la casella d'interesse in appresso)*

- SI**
- NO**

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## Dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante la frequenza di corsi certificati.

Il sottoscritto/a, \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

ai sensi e per gli effetti previsti dagli art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate dichiara di possedere le seguenti certificazioni:

Tipologia corso	Durata ore	Ente certificatore	Data conseguimento	Data scadenza
BLSD				
PBLSD				
PTC (Trauma base)				
PTC avanzato				
ALS (ACLS)				
EPALS (PALS)				

Per eventuali chiarimenti contattare l'AREA Formazione AREUS : tel. 0784/240-476/833

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