



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione Generale della Sanità
Servizio Programmazione sanitaria economico finanziaria e controllo di gestione

Allegato 2

Compilare in modo chiaro e leggibile a stampatello

DOMANDA AMMISSIONE AL CFSMG TRIENNIO 2025/2028 - AI SENSI DELL'ART. 23 DEL D.L. 228/2021

Il/La sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____

nato/a il

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

 A _____ prov. _____

residente in via/piazza _____ nr. _____

C.A.P.

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

 città _____ prov. _____

domiciliato in via/piazza _____ nr. _____
(indicare solo se domicilio diverso da residenza)

C.A.P.

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

 città _____ prov. _____

codice fiscale

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

 e-mail _____

P. E. C. _____ tel./cell. _____

➤ in possesso di Laurea in Medicina e Chirurgia
conseguito presso l'Università degli Studi di _____

data di Laurea

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

 votazione _____

➤ iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ al n. _____

CHIEDE

Ai sensi del co. 5-bis, dell'art. 19, del D.L. 16 luglio 2020, n. 76, convertito nella Legge n. 120/2020, così come modificato dall'art. 23 del D.L. 30 dicembre 2021, n. 228, di essere ammesso, fuori contingente e senza borsa di studio, al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale triennio 2025/2028 della Regione Autonoma della Sardegna, consapevole delle pene



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione Generale della Sanità
Servizio Programmazione sanitaria economico finanziaria e controllo di gestione

Allegato 2

stabilite per le false attestazioni, ai sensi del D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445 e s.i.m., sotto la propria personale responsabilità,

D I C H I A R A:

1. Di non avere presentato domanda di ammissione al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale 2025-2028, in altra Regione o Provincia autonoma e di impegnarsi a non presentarla per il medesimo triennio.
2. Di essere medico in servizio permanente effettivo e di avere almeno quattro anni di anzianità di servizio, nel ruolo di medico, in uno dei seguenti Corpi Nazionali (barrare quello corrispondente):
 - ☐ Polizia di Stato;
 - ☐ Vigili del Fuoco;
 - ☐ Forze Armate (specificare corpo):
_____;
 - ☐ Guardia di Finanza.
3. Di prestare servizio presso la seguente sede:
(indicare ogni elemento utile per comunicazioni d'ufficio, indirizzo, città, telefono, P.E.C., etc.)

4. Di essere a conoscenza di quanto disposto dall'art. 23 del D.L. n. 228 del 30 dicembre 2021: *“Le ore di attività svolte [...] in favore delle amministrazioni di appartenenza sono considerate a tutti gli effetti quali attività pratiche, da computare nel monte ore complessivo, previsto dall'articolo 26, comma 1, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368. Le amministrazioni di appartenenza certificano l'attività di servizio prestata dai medici in formazione presso le strutture dalle stesse individuate e ne validano i contenuti ai fini del richiamato articolo 26, fermo restando l'obbligo di frequenza dell'attività didattica di natura teorica”.*



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

**ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE**

Direzione Generale della Sanità
Servizio Programmazione sanitaria economico finanziaria e controllo di gestione

Allegato 2

5. Di essere a conoscenza che, per lo svolgimento di tutte le attività didattiche teoriche verrà aggregato ad una classe della sede didattica prescelta (Cagliari, Sassari), nella cui competenza territoriale ricade la propria sede di servizio.
6. Di essere a conoscenza dell'obbligo di frequenza delle 1.600 ore previste per l'attività teorico/seminariale, al fine del conseguimento del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale, al termine del predetto corso della durata di n. 36 mesi.
7. Di essere a conoscenza che le 1.600 ore previste per l'attività teorico/seminariale debbono essere svolte fuori dall'attività di servizio svolto nella rispettiva amministrazione di appartenenza.
8. Di aver preso visione di quanto previsto nelle Linee guida vigenti per quanto riguarda l'organizzazione del corso (DGR 38/60 del 21.12.2022 e s.m.i.).

Il/La sottoscritto/a, dichiara, inoltre, che è a conoscenza ed accetta di dover sostenere - durante lo svolgimento delle varie fasi del corso - valutazioni periodiche e verifiche sull'andamento dell'attività didattica anche sotto forma di test ed esami, nonché, al completamento del percorso formativo (36 mesi e 4.800 ore di attività didattica complessiva) l'Esame Finale con discussione della Tesi, per il rilascio del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Data _____ **Firma del dichiarante** _____

Il/La sottoscritto/a, dichiara di eleggere il proprio domicilio digitale con P.E.C. _____ e si impegna a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione che dovesse intervenire rispetto alla presente dichiarazione, ed inoltre autorizza la Regione Autonoma della Sardegna e l'Ordine Provinciale dei Medici di appartenenza, al trattamento dei dati personali nel rispetto della vigente normativa in materia e per le finalità strettamente necessarie all'accesso al CFSMG, nonché la loro pubblicazione sul BURAS e sul sito istituzionale della Regione (D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018, - Codice in materia di protezione dei dati personali - normativa adeguata al nuovo "Regolamento Europeo - GDPR 2018 n. 2016/79" di cui al D.lgs. 18/05/2018, n. 51).

Data _____ **Firma del dichiarante** _____

Si allega:

- copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa della privacy di seguito riportata

INFORMATIVA AI SENSI DELLA NORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del D.lgs. 30/06/2003 n. 196, così come modificato dal D.lgs. 10/08/2018 n. 101, (Codice in materia di protezione dei dati personali), normativa adeguata al nuovo "Regolamento Europeo - GDPR 2018 n. 2016/79" di cui al D.lgs. 18/05/2018, n. 51, che prevedono la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, si



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

**ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE**

Direzione Generale della Sanità
Servizio Programmazione sanitaria economico finanziaria e controllo di gestione

Allegato 2

informa che tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Si informa che i dati personali, da Lei forniti, saranno raccolti e trattati nel rispetto delle norme di legge, per finalità connesse allo svolgimento delle attività istituzionali, in particolare per tutti gli adempimenti connessi all'ammissione al CFSMG della Regione Autonoma della Sardegna. L'eventuale rifiuto a fornire i dati di cui sopra avrà come conseguenza l'impossibilità per l'Ente di procedere alla formalizzazione dell'inserimento di cui sopra. I dati sopra richiesti verranno trattati dalla Regione Autonoma della Sardegna, dall'Ordine dei Medici di appartenenza e dalla sede didattica in cui verrà effettuata l'iscrizione al corso medesimo, in qualità di titolari del trattamento, tramite i Responsabili delle Strutture, i Coordinatori del corso e gli operatori di segreteria. Le informazioni relative ai dati personali potranno essere comunicate unicamente alle Amministrazioni Pubbliche direttamente interessate allo svolgimento del corso ed alla gestione della posizione giuridico/economica del Docente. Agli aspiranti sono riconosciuti i diritti di cui al Capo III, l'art. 2, della citata Norma alla quale si rinvia; tali diritti potranno essere fatti valere dall'interessato nei confronti dell'Amministrazione titolare del trattamento. Il consenso al trattamento dei dati conferiti viene richiesto ai sensi della normativa nazionale vigente in materia di protezione dei dati (aggiornata in base alle disposizioni di cui al nuovo Regolamento Europeo - GDPR 2018 n. 2016/79)

Data _____

Firma del dichiarante _____