

## C) CONCORSI

### Amministrazione regionale

#### Comunicato regionale 30 novembre 2020 - n. 115 Direzione generale Welfare - Pubblicazione ambiti territoriali straordinari carenti di assistenza primaria

Ai sensi dell'articolo 34, commi 5 e 25, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, si pubblicano gli ambiti territoriali straordinari carenti di Assistenza Primaria rilevati presso le ATS di Regione Lombardia.

#### A pena di esclusione

Le domande dei medici interessati al trasferimento o all'inserimento, compilate secondo gli schemi allegati al BURL e corredate dell'allegato L, dovranno pervenire alle Agenzie di Tutela della Salute competenti per territorio a pena di inammissibilità **entro e non oltre il 29 dicembre 2020**.

In considerazione delle attuali misure restrittive dettate dal Governo rispetto alla circolazione delle persone, legate all'emergenza sanitaria COVID-19, si indica come esclusiva modalità di presentazione delle domande l'**invio a mezzo PEC all'indirizzo PEC dell'ATS**.

In considerazione dell'attuale situazione legata all'emergenza sanitaria COVID-19, si rende altresì necessario adottare le procedure di assegnazione degli ambiti carenti previste dall'art. 34, comma 20, dell'Accordo Collettivo Nazionale relativo alla disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale. Pertanto, a tutti i medici che presentano domanda ai fini della partecipazione alla assegnazione degli ambiti carenti, in luogo della convocazione unica, è richiesto di dichiarare un ordine di preferenza, compilando l'apposito modulo allegato ed inviandolo insieme alla domanda stessa.

La mancata presentazione dell'ordine di preferenza autorizza l'ATS alla assegnazione d'ufficio di un ambito risultato carente, fra quelli disponibili e per i quali si è presentata domanda.

Le ATS, dopo la formalizzazione delle graduatorie, provvederanno ad inviare agli aventi diritto una comunicazione PEC con la quale comunicheranno l'individuazione degli stessi e acquisiranno dai medici, stesso mezzo, l'accettazione dell'incarico per l'ambito carente. Tale accettazione, espressa, deve essere rilasciata dal medico entro 3 giorni lavorativi dal ricevimento della comunicazione di individuazione da parte dell'ATS. La necessità di esprimere l'accettazione anziché ricorrere al silenzio assenso è conseguenza della possibilità che il medico abbia presentato domanda di partecipazione alla assegnazione di ambito carente in più ATS e sia risultato vincitore di più ambiti carenti.

La mancata accettazione espressa equivale a rinuncia all'incarico.

L'apertura dello studio da parte del medico è da intendersi comunque subordinata alla possibilità di effettiva mobilità consentita sul territorio di riferimento dalle disposizioni nazionali e/o regionali; nei casi di vigente limitazione della stessa, il medico potrà richiedere all'ATS una ulteriore proroga dei termini previsti dagli Accordi nazionali e/o regionali per l'apertura dello studio.

I candidati potranno richiedere informazioni, via telefono, sulla situazione degli ambiti carenti pubblicati facendo riferimento ai numeri telefonici di cui alla tabella allegata.

#### Sommario

- Ambiti Territoriali straordinari carenti di Assistenza Primaria;
- Fac-simile domande e autocertificazione informativa allegato L;
- Fac-simile dichiarazione ordine di preferenza MAP;
- Indirizzi ATS e riferimenti telefonici.

L'elenco degli ambiti carenti pubblicati può essere consultato anche sul sito Internet [www.regione.lombardia.it](http://www.regione.lombardia.it) > **servizi e informazioni** > **enti e operatori** > **sistema welfare** > **Personale del sistema sanitario e sociosanitario, convenzionati e formazione continua** > **Pubblicazione ambiti carenti e ore vacanti**.

I fac-simile delle domande possono essere scaricati dal medesimo sito.

Marco Trivelli

### Ambiti territoriali straordinari carenti di Assistenza Primaria

#### ATS della Brianza

AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI CARENTI	N° POSTI
Biassono-Macherio-Sovico-Vedano al Lambro 1. vincolo apertura comune di Biassono	1
Muggiò	1
Monza	1
Meda	1
Seregno	1
Concorezzo	1
Barzago - Barzanò - Cassago B. - Cremella - Sirtori - Viganò - Casatenovo - Missaglia - Monticello B.	1
Imbersago - Paderno D'Adda - Robbiate – Verderio 1. vincolo apertura comune di Imbersago e Paderno D'Adda	1
Costa Masnaga - Bulciago – Nibionno 1. vincolo apertura comune di Costa Masnaga - Nibionno	1
Lecco	1

#### ATS dell'Insubria

AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI CARENTI	N° POSTI
Fagnano Olona, Olgiate Olona, Solbiate Olona	2
Azzio, Cuvio, Orino, Castello Cabiaglio, Gemonio, Cocquio Trevisago	1
Cassano Magnago, Cairate	1
Albavilla	1
Brienno, Carate Urio, Laglio, Moltrasio	1

**ATS della Città Metropolitana di Milano**

<b>AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI CARENTI</b>	<b>N° POSTI</b>
DISTRETTO LODI Casalpusterlengo -Bertonico - Brembio - Castiglione Adda - Livraga - Orio Litta -Ospedaletto Lodigiano – Secugnago – Senna Lodigiana – Somaglia - Terranova dei Passerini - Turano Lodigiano	1
DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA Gessate - Cambiagio - Bellinzago Lombardo (Unione di Comuni Lombardia Adda Martesana) -Pessano con Bornago	1
DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA Bussero - <b>Cassina De Pecchi</b> - Gorgonzola	2
DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA Melzo – Settala – <b>Vignate</b> – Liscate, Pozzuolo Martesana, Truccazzano (Unione di Comuni Lombardia Adda Martesana)	2
DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA Pioltello - Rodano	1
DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA Basiglio – Rozzano	1
DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA Locate Triulzi – Opera – Pieve Emanuele	1
DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA Carpiano - Cerro al Lambro - Melegnano - <b>San Zenone al Lambro</b> - Colturano, Dresano, Vizzolo Predabissi (Unione dei Comuni sud est Milano "Parco dell'Addetta")	2
DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA San Donato Milanese - San Giuliano Milanese	2
DISTRETTO RHODENSE Bollate – Baranzate – Novate Mil.se	1
DISTRETTO RHODENSE Paderno Dugnano - Senago	1
DISTRETTO RHODENSE Pero – Rho <b>(1 vincolo: apertura ambulatorio nel Comune di Pero)</b>	2
DISTRETTO RHODENSE Cesano Boscone - Corsico <b>(1 vincolo: apertura ambulatorio nel Comune di Corsico)</b>	1
DISTRETTO RHODENSE Assago – Buccinasco – Cusago – Trezzano sul Naviglio <b>(1 Vincolo: Apertura ambulatorio nel Comune di Trezzano sul Naviglio)</b>	1
DISTRETTO OVEST MILANESE Busto Garolfo – Canegrate – Dairago – San Giorgio su Legnano – Villa Cortese	1
DISTRETTO OVEST MILANESE Arluno – Bareggio – Ossona – Casorezzo – S. Stefano Ticino – Sedriano - Vittuone	1
DISTRETTO NORD MILANO Ambito pluricomunale: Cologno Monzese, Sesto San Giovanni	1
DISTRETTO NORD MILANO, Ambito pluricomunale: Bresso, Cormano, Cusano Milanino, Cinisello Balsamo	1

**ATS della Montagna**

<b>Assistenza Primaria</b>		
<b>Ambiti territoriali Straordinari carenti</b>	<b>n. posti</b>	<b>Ambulatorio vincolato</b>
Comune di Livigno	1	-
Distretto di Bormio	1	Sondalo
Distretto di Tirano	1	Bianzone
Distretto di Morbegno	2	
Distretto di Chiavenna	3	Prata Camportaccio Novate Mezzola Samolaco
Alta Valcamonica	4	Berzo Demo Cedegolo Malonno Saviore Dell'Adamello

**ATS di Pavia**

<b>AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI CARENTI</b>	<b>N° POSTI</b>
BORGO PRIOLO-BORGORATTO M.-CALVIGNANO-FORTUNAGO-MONTALTO P.-CASATISMA-CASTEGGIO-CORVINO S.Q.-MONTEBELLO D.B.-MORNICO L.-OLIVA GESSI- ROBECCO P.-S.GIULETTA-TORRICELLA VERZATE  Obbligo apertura ambulatorio Casteggio	1
BORGARELLO - CERTOSA - GIUSSAGO - VELLEZZO BELLINI - ROGNANO	2
BORNASCO - ZECCONE - SIZIANO – VIDIGULFO  Obbligo apertura ambulatorio Sizzano	1
CURA CARP. - RONCARO - LARDIRAGO - S. ALESSIO CON VIALONE – CERANOVA  Obbligo apertura ambulatorio Lardirago	1
CHIGNOLO - MIRADOLO TERME - MONTICELLI PAVESE - BADIA PAVESE - PIEVE P. MORONE  Obbligo apertura ambulatorio Pieve Porto Morone	1
CORTEOLONA - GENZONE - S. CRISTINA e Bissone - SAN ZENONE - SPESSA - ZERBO - COSTA DE' NOBILI  Obbligo apertura ambulatorio S. Cristina Bissone	1
PAVIA - S. GENESIO - TORRE D'ISOLA	2
SAN MARTINO SICCOMARIO - TRAVACO'	1
VIGEVANO	4

BRALLO DI PREGOLA-S.MARGHERITA STAFFORA-BAGNARIA-MENCONICO-VARZI-ROMAGNESE-ZAVATTARELLO Obbligo apertura ambulatorio Brallo di Pregola	1
CARBONARA AL TICINO - VILLANOVA D'ARDENGI - GROPELLO CAIROLI - ZERBOLO'	1

— • —



## Domanda di partecipazione alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria (Per Graduatoria)

**Bollo  
€ 16,00**

All'Agenzia di Tutela della Salute di  
PEC:

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 dichiara di essere nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_ A.T.S. di residenza \_\_\_\_\_ e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ inserito nella graduatoria regionale di settore di cui dall'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale **valida per l'anno 2020**, laureato dal \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

### FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia ... n \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito territoriale	Ambito territoriale	Ambito territoriale
.....	.....	.....
.....	.....	.....

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 (**dichiarazione sostitutiva di certificazione**)

### DICHIARA

di essere residente nel comune di .....dal (gg/mm/aaaa) .....

- precedenti residenze indicare (gg/mm/aaaa)
- dal ..... al .....
- dal ..... al .....

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, commi 7 e 8 dell'accordo collettivo Nazionale per la Medicina Generale, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (*barrare una sola casella; in caso di barrature 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 generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a.)
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b.)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- l'indirizzo p.e.c.....

Data \_\_\_\_\_ Firma per esteso (\*) \_\_\_\_\_

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità

**La mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi previsti dall'art. 34, comma 3 del vigente ACN.**

Si allega Allegato L ai sensi dell'art. 34 comma 14.

### **Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679**

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta la ATS di riferimento

#### **Titolare del trattamento**

Il Titolare del trattamento è il Direttore Generale della ATS

#### **Responsabile della protezione dei dati (DPO)**

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) e il Responsabile del trattamento dei dati sono individuati dalla ATS

#### **Finalità del trattamento**

I dati personali da Lei forniti sono necessari esclusivamente all'espletamento da parte di questa Agenzia della formazione della graduatoria Aziendale per la assegnazione degli ambiti carenti ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale reso esecutivo dalla Conferenza Stato-Regioni in data 21 giugno 2018;

#### **Modalità di trattamento e conservazione**

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

#### **Ambito di comunicazione e diffusione**

Informiamo che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

I dati personali saranno pubblicati sul sito aziendale nell'apposita sezione.

#### **Trasferimento dei dati personali**

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

#### **Categorie particolari di dati personali**

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire, al titolare del trattamento, dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano *"l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona"*. Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

#### **Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione**

Il Titolare del trattamento non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

**Diritti dell'interessato**

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

**Si rammenta che il conferimento dei dati personali richiesti risulta necessario per svolgere gli adempimenti relativi alla finalità del trattamento e, pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito nella graduatoria.**

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata alla ATS di riferimento

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede

Luogo, li ....

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

**esprimo il consenso**  **NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

**esprimo il consenso**  **NON esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali a enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

Firma.....



**Domanda di partecipazione alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria (Per i medici in possesso solo del titolo di formazione specifica in medicina generale)**

**Bollo  
€ 16,00**

All'Agenzia di Tutela della Salute di  
PEC:

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 dichiara di essere nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_ A.T.S. di residenza \_\_\_\_\_ e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ laureato dal \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 5 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale approvato il 21.06.2018 per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia ... n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito territoriale	Ambito territoriale	Ambito territoriale
.....	.....	.....
.....	.....	.....

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 (**dichiarazione sostitutiva di certificazione**)

**DICHIARA**

di essere residente nel comune di .....dal (gg/mm/aaaa) .....

- precedenti residenze indicare (gg/mm/aaaa)
- dal ..... al .....
- dal ..... al .....

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, commi 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appreso indicato (*barrare la casella, in caso di mancata indicazione della barratura, la domanda non potrà essere valutata*):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a,) conseguito il \_\_\_\_\_

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- l'indirizzo p.e.c.....

Data \_\_\_\_\_ Firma per esteso (\*) \_\_\_\_\_

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità  
Si allega Allegato L ai sensi dell'art. 34, comma 14

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679**

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta la ATS di riferimento

 **Titolare del trattamento**

Il Titolare del trattamento è il Direttore Generale della ATS

**Responsabile della protezione dei dati (DPO)**

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) e il Responsabile del trattamento dei dati sono individuati dalla ATS

**Finalità del trattamento**

I dati personali da Lei forniti sono necessari esclusivamente all'espletamento da parte di questa Agenzia della formazione della graduatoria Aziendale per la assegnazione degli ambiti carenti ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale reso esecutivo dalla Conferenza Stato-Regioni in data 21 giugno 2018;

**Modalità di trattamento e conservazione**

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/ 679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

**Ambito di comunicazione e diffusione**

Informiamo che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

I dati personali saranno pubblicati sul sito aziendale nell'apposita sezione.

**Trasferimento dei dati personali**

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

**Categorie particolari di dati personali**

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire, al titolare del trattamento, dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "*l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona*". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

**Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione**

Il Titolare del trattamento non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

**Diritti dell'interessato**

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

**Si rammenta che il conferimento dei dati personali richiesti risulta necessario per svolgere gli adempimenti relativi alla finalità del trattamento e, pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito nella graduatoria.**

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata alla ATS di riferimento

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede

Luogo, li ....

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

**esprimo il consenso**  **NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

**esprimo il consenso**  **NON esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali a enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

Firma.....



**Domanda di partecipazione alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria (Per trasferimento)**

**Bollo  
€ 16,00**

All'Agencia di Tutela della Salute di  
PEC:

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 dichiara di essere nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_ e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'Agencia di Tutela della Salute di n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ l'ambito territoriale \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ e con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'accordo collettivo nazionale per la medicina generale per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito territoriale	Ambito territoriale	Ambito territoriale
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 (**dichiarazione sostitutiva di certificazione**)

**DICHIARA**

di essere stato titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso:

- la ASL di ..... regione ..... dal ..... al ..... detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico
- la ASL di ..... regione ..... dal ..... al ..... detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico
- con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi \_\_\_\_\_

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

L'indirizzo p.e.c. ....

Data \_\_\_\_\_ Firma per esteso (\*) \_\_\_\_\_

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità

Si allega Allegato L ai sensi dell'art. 34 comma 14.

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679**

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta la ATS di riferimento

 **Titolare del trattamento**

Il Titolare del trattamento è il Direttore Generale della ATS

**Responsabile della protezione dei dati (DPO)**

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) e il Responsabile del trattamento dei dati sono individuati dalla ATS

**Finalità del trattamento**

I dati personali da Lei forniti sono necessari esclusivamente all'espletamento da parte di questa Agenzia della formazione della graduatoria Aziendale per la assegnazione degli ambiti carenti ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale reso esecutivo dalla Conferenza Stato-Regioni in data 21 giugno 2018;

**Modalità di trattamento e conservazione**

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

**Ambito di comunicazione e diffusione**

Informiamo che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

I dati personali saranno pubblicati sul sito aziendale nell'apposita sezione.

**Trasferimento dei dati personali**

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

**Categorie particolari di dati personali**

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire, al titolare del trattamento, dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano *"l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona"*. Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

**Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione**

Il Titolare del trattamento non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

**Diritti dell'interessato**

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

**Si rammenta che il conferimento dei dati personali richiesti risulta necessario per svolgere gli adempimenti relativi alla finalità del trattamento e, pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito nella graduatoria.**

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata alla ATS di riferimento

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede

Luogo, li ....

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

**esprimo il consenso**  **NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

**esprimo il consenso**  **NON esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali a enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

Firma.....



### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

#### Allegato L dell'ACN per la medicina generale del 29.07.2009

Il sottoscritto Dott.....  
nato a..... il..... residente in.....  
Via/Piazza..... n..... iscritto all'Albo  
dei..... della Provincia di....., ai  
sensi e agli effetti dell'art.47, del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

#### Dichiara formalmente di

1. essere non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):  
Soggetto..... ore settimanali.....  
Via..... Comune di..... Tipo di rapporto di lavoro  
..... Periodo: dal.....
2. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n..... scelte e con n° ..... scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di .....Azienda
3. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° .....scelte  
Periodo: dal.....
4. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)  
Azienda ..... branca..... ore sett.....  
Azienda..... branca.....ore sett.....
5. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)  
Provincia..... branca.....  
Periodo: dal.....
6. avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:  
Azienda.....Via.....  
Tipo di attività .....  
Periodo: dal.....

7. essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione..... o in altra Regione (2): Regione.....  
Azienda..... ore sett..... in forma attiva -in forma di disponibilità (1)
  
8. essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:  
Denominazione del corso ..... Soggetto pubblico che lo svolge.....  
Inizio: dal .....
  
9. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)  
Organismo..... Ore sett.....  
Via..... Comune di .....  
Tipo di Attività.....  
Tipo di rapporto di lavoro.....  
Periodo: dal.....
  
10. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:  
(2)  
Organismo..... Ore sett.....  
Via..... Comune di .....  
Tipo di Attività.....  
Tipo di rapporto di lavoro.....  
Periodo: dal.....
  
11. svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81:  
Azienda..... ore sett.....  
Via..... Comune di.....  
Periodo:dal.....
  
12. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)  
Azienda..... Comune di.....  
Periodo:dal.....
  
13. avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)  
.....  
.....  
.....  
Periodo: dal .....
  
14. essere/non essere (1) titolare o partecipante di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:  
.....  
.....

- 15. fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:.....  
Periodo: dal .....
- 16. svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)  
.....  
.....  
Periodo: dal .....
- 17. essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)  
Azienda ..... Comune ..... ore  
sett..... Tipo di attività ..... Periodo: dal  
.....
- 18. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):  
Soggetto pubblico..... Via ..... Comune di  
.....  
Tipo di attività .....  
Tipo di rapporto di lavoro: .....  
Periodo: dal .....
- 19. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)  
.....  
.....  
Periodo: dal .....
- 20. fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)  
soggetto erogante il trattamento pensionistico  
.....  
Pensionato dal .....

NOTE:

.....  
.....  
.....  
.....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"



Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, noto come GDPR sulla protezione dei dati personali e sulla loro circolazione, autorizzo al trattamento dei dati personali, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data e luogo \_\_\_\_\_ <sup>1</sup>Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

\*Possono essere indicati ulteriori ambiti oltre a quelli previsti in tabella aggiungendo altre righe.

---

<sup>1</sup> La dichiarazione dovrà essere compilata e sottoscritta con le modalità previste dall'art.38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 allegando copia fotostatica non autenticata di un valido documento di identità del sottoscrittore in forma leggibile e chiara.

**Elenco indirizzi ATS della Lombardia per la presentazione delle domande**

<b>ATS -</b>	<b>INDIRIZZO</b>	<b>N. TELEFONO</b>
<b>ATS della Città Metropolitana di Milano</b>	Protocollo Generale ATS Corso Italia, 52 20122 MILANO <a href="mailto:protocollogenerale@pec.ats-milano.it">protocollogenerale@pec.ats-milano.it</a>  Contatti +39 02-85782210 Orari: 8.30 – 13.00 / 14.00 – 16.00 <a href="https://www.ats-milano.it/portale/Ats/Protocollo">https://www.ats-milano.it/portale/Ats/Protocollo</a>	02-85782342 02-85782812 / 02-85784331
<b>ATS dell'Insubria</b>	Dipartimento delle Cure Primarie Via Ottorino Rossi, 9 21100 VARESE <a href="mailto:protocollo@pec.ats-insubria.it">protocollo@pec.ats-insubria.it</a>	0332 – 277439-442
<b>ATS della Montagna</b>	Dipartimento delle Cure Primarie Via Nazario Sauro, 38 23100 SONDRIO <a href="mailto:dipartimento.cure.primarie@pec.ats-montagna.it">dipartimento.cure.primarie@pec.ats-montagna.it</a>	0342 – 555868
<b>ATS della Brianza</b>	ATS Brianza Viale Elvezia, 2 20900 Monza <a href="mailto:protocollo@pec.ats-brianza.it">protocollo@pec.ats-brianza.it</a>	039- 238.4850
<b>ATS di Pavia</b>	ATS Pavia Via Indipendenza, 3 27100 PAVIA <a href="mailto:protocollo@pec.ats-pavia.it">protocollo@pec.ats-pavia.it</a>	0382-431245