

Compilare in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile a stampatello

ISTANZA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER INSERIMENTO NELL'ALBO DEI TUTOR OSPEDALIERI CFSMG

Il/la sottoscritto/a

_____ COGNOME _____ NOME _____

nato/a il

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

 a _____ prov. _____

residente in via/piazza _____ nr. _____

C.A.P.

--	--	--	--

 città _____ prov. _____

Codice fiscale

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

email _____

p.e.c. _____ tel./cell. _____

CHIEDE

di essere iscritto nell'Albo Aziendale dei Tutori Ospedalieri del corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG) della Regione Campania e, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni, sotto la propria personale responsabilità,

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, consapevole di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 in merito alla decadenza dai benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, nonché alla responsabilità penale conseguente al rilascio di dichiarazioni mendaci e alla formazione e uso di atti falsi,

DICHIARA

- Di essere in possesso di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università degli Studi di _____ nell'anno _____ con il punteggio di _____
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Prov. di _____
- di essere in possesso del seguente titolo di specializzazione _____

_____ e che lo stesso è attinente con la fase del corso per cui si chiede il tutoraggio

- Di esser dipendente a tempo indeterminato dell'AORN SG Moscati di Avellino presso la UOC/UO

- Di essere Dirigente dipendente in servizio del SSR Pubblico da almeno n. 5 anni
- Di essere a conoscenza delle disposizioni normative riguardanti il CFSMG, nonché di quanto riportato nell'allegato alla **D. G. R. C. n. 170 del 24/04/2019**, pubblicata sul **BURC n. 23 del 29/04/2019**;
- Di essere a conoscenza delle disposizioni normative riguardanti il CFSMG, nonché di quanto riportato negli allegati alla **D. G. R. C. n. n.408 del 27.07.2022**, pubblicata sul **BURC n. 66 del 01/08/2022**;
- Di conoscere il Regolamento del CFSMG ed il "Programma Didattico" del CFSMG approvato dal Gruppo Tecnico Scientifico (**G.T.S.**) e di avere **un'esperienza professionale** nella "Fase del Corso" per la quale si intende esercitare la funzione di "Tutor" che è la seguente: (barrare con una x la casella corrispondente)

Area Clinica :

Medicina clinica e medicina di laboratorio

Chirurgia generale

Dipartimento materno/infantile

Ostetricia e ginecologia

Pronto Soccorso

Si allegano:

- Il proprio "curriculum formative e professionale (ALLEGATO 1);
- Fotocopia di un valido documento d'identità(ALLEGATO 2).

Data _____ **Firma del dichiarante** _____

Il/La sottoscritto/a **manifesta la propria disponibilità a partecipare ad attività di aggiornamento e formazione destinate al "Corpo Tutor" del Corso di Formazione Specifico in Medicina Generale** della Regione Campania, a prendere parte ad incontri di lavoro con i Coordinatori e le Figure Professionali di Supporto alla didattica, nonché a sostenere eventuali valutazioni periodiche e verifiche sull'andamento dell'attività didattica da parte dei Coordinatori delle Attività Didattiche e del Gruppo Tecnico di Supporto (**G.T.S.**)

Firma del dichiarante _____

Data _____

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione che dovesse intervenire rispetto alla presente dichiarazione, ed inoltre autorizza l'A.O.R.N. S.G. Moscati di Avellino e la Regione Campania al trattamento dei propri dati personali nel rispetto della vigente normativa in materia e per le finalità strettamente necessarie all'inserimento nell'Albo dei Tutor Ospedalieri e Territoriali del CFSMG, ai sensi del 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 _____

**INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ART. 13-14 DEL GDPR (GENERAL DATA PROTECTION REGULATION) 2016/679 E DELLA
NORMATIVA NAZIONALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI**

Secondo la normativa indicata, il trattamento relativo alla gestione dei dati dei docenti acquisiti per la gestione dei Corsi di Formazione 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'inserimento nell'Albo dei Tutor Ospedalieri dell'AORN SG Moscati e nell'Albo dei Tutor Ospedalieri e Territoriali del CFSMG della Regione Campania. 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. Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati personali sono reperibili al seguente link: <https://www.aornmoscati.it/privacy>, dove può prendere visione della tipologia e delle finalità di trattamento dei suoi dati, di eventuali terze parti cui verranno comunicate per l'espletamento dell'attività e in particolare di tutti i suoi diritti.

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).