



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

Allegato "A"

DOMANDA DI INSERIMENTO ALBO TUTORI OSPEDALIERI E/O TERRITORIALI CFSGM

Il/la sottoscritto/a

COGNOME		
NOME		
NATO A		IL
RESIDENTE VIA/PIAZZA		NR
C.A.P.		
CITTA		PROV.
CODICE FISCALE		
EMAIL		
PEC		
NUMERO DI CELLULARE		
LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA CONSEGUITA C/O L'UNIVERSITA'		
NELL'ANNO		
CON IL PUNTEGGIO		
ISCRITTO ORDINE DEI MEDICI AL NUMERO		
POSSESSO DELLA SPECIALIZZAZIONE		
DIPENDENTE S.S.R. IN SERVIZIO PRESSO		
MANSIONE		

CHIEDE

U.O.C. Appropriatelyzza ed Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance

AORN Sant'Anna e San Sebastiano – Caserta

Via Palasciano 81100 – Caserta –

Tel. 0823/232200 – 2219 - 2503

e-mail: amas@ospedale.caserta.it

pec: analisiemonitoraggio@ospedalecasertapec.it



di essere inserito nell’Albo dei Tutor ospedalieri e/o territoriali del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG) della Regione Campania e consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. di essere a conoscenza delle disposizioni normative riguardanti il CFSMG, nonché i quanto riportato nell’allegato alla **D.G.R.C. n° 53 del 06/02/2018**, pubblicata sul BURC n° 15 del 19/02/2018;
2. di conoscere il Regolamento del CFSMG ed il “programma didattico” del CFSMG approvato dal Gruppo Tecnico Scientifico (GTS) ed emanato con decreto **DG n° 247/2018** e di avere un’esperienza professionale, di almeno cinque anni, nella fase del corso per la quale si intende esercitare la funzione di tutor che è la seguente:

AREA CLINICA/TERRITORIALE	
---------------------------	--

3. di avere il possesso dei seguenti requisiti fondamentali:

- a) Diploma di specializzazione attinente alla fase del corso per cui si chiede il tutoraggio;
- b) Dirigenza alle dipendenze del SSR pubblico da almeno 5 anni;

Dichiara di essere già stato tutor nei CFSMG della Regione Campania negli anni (1) -----;

(1) barrare (/) in caso contrario.

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 (GTS).

Si allegano:

- il proprio curriculum formativo professionale;
- fotocopia di un valido documento d’identità;

Data _____

Firma del Dichiarante _____



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
“SANT’ANNA E SAN SEBASTIANO”
CASERTA

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione che dovesse intervenire rispetto alla presente dichiarazione, ed inoltre autorizzo/a la regione Campania al trattamento dei dati personali nel rispetto della vigente normativa in materia e per le finalità strettamente necessarie all’inserimento dell’Albo dei Tutori ospedalieri e territoriali del CFSGM della Regione Campania, nonché la loro pubblicazione sul BURC e sul sito istituzionale della Regione Campania (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 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 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 le finalità connesse allo svolgimento delle attività istituzionali, in particolare per tutti gli adempimenti connessi all’inserimento nell’Albo dei Tutori Ospedalieri e Territoriali del CFSGM 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. I dati sopra richiesti verranno trattati dalla Regione Campania, in qualità di titolare del trattamento, tramite il Responsabile della Struttura e dagli incaricati. 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 Tutor. 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).

U.O.C. Appropriatelyzza ed Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance

AORN Sant’Anna e San Sebastiano – Caserta

Via Palasciano 81100 – Caserta –

Tel. 0823/232200 – 2219 - 2503

e-mail: amas@ospedale.caserta.it

pec: analisiemitoraggio@ospedalecasertapec.it