



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI BARI



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL RETRAINING PER

- TUTOR DI MEDICINA GENERALE DEL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE
- TUTOR VALUTATORE DI MG DEL TIROCINIO PRE e/o POST LAUREA PER GLI STUDENTI DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Bari e Direttore Provinciale del Corso Triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale presso l'OMCeO Bari

Il/la

sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____ il _____
residente in _____ Via _____ n. _____
e-mail _____
PEC _____ Telefono/FAX: _____ Cell.: _____

Dichiara di essere in possesso:

- del titolo di TUTOR DI MEDICINA GENERALE DEL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE, secondo i requisiti di cui all'art. 27, co. 3, del Decreto Legislativo n. 368/1999
- del titolo di TUTOR VALUTATORE DI M.G. DEL TIROCINIO PRE e POST LAUREA per gli STUDENTI DELLA FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA (e PER L'ESAME DI STATO), secondo i requisiti di cui all'art. 27, co. 3, del Decreto Legislativo n. 368/1999 e nel rispetto dei criteri ex art. 11 della Convenzione tra la Regione Puglia, l'Università degli Studi di Bari (Facoltà di Medicina e Chirurgia) e gli OMCeO della Puglia
- a tutt'oggi dei requisiti per lo svolgimento dei suddetti ruoli di Tutor di Medicina Generale di cui all'art. 27, co. 3, del D. Lgs. n. 368/1999 (attività di MMG convenzionato con il SSN da non meno di 10 anni, assistiti in carico pari ad almeno la metà del massimale vigente, esercizio dell'attività in studio secondo ACN), nel rispetto dei criteri ex art. 11 della Convenzione tra la Regione Puglia, l'Università degli Studi di Bari (Facoltà di Medicina e Chirurgia) e gli OMCeO della Puglia

CHIEDE

di poter partecipare al **RETRAINING** SULLE METODOLOGIE DIDATTICHE PER TUTOR DI MEDICINA GENERALE DEL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE E TUTOR VALUTATORE DI MG DEL TIROCINIO PRE e/o POST LAUREA PER GLI STUDENTI DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

A tal fine DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità:

che tutte le informazioni contenute nell'allegato "curriculum" sono veritiere e che l'eventuale accertato rilascio di dichiarazioni non veritiere comporta, oltre alle conseguenze penali previste dalle leggi in materia, l'immediata esclusione dall'Elenco e la revoca inappellabile di incarichi eventualmente conferiti;

di impegnarsi a comunicare tempestivamente l'eventuale insorgenza di situazioni professionali che facciano venir meno il possesso dei summenzionati requisiti previsti dall'art. 27, comma 3, del Decreto Legislativo n. 368/99, per i conseguenti adempimenti dei responsabili del Corso previsti dall'art. 11 della Convenzione Quadro Università, Regione e OMMCCeeOO pugliesi del 29/03/2010.

di non aver partecipato al corso di retraining dell'OMCeO Bari svoltosi nell'anno 2019.

Allega alla presente "Curriculum Professionale e Formativo", debitamente redatto sull'apposito modulo, datato e firmato.

I dati personali da Lei forniti a quest'Ordine e raccolti, formeranno oggetto del trattamento nel rispetto della normativa vigente e per le finalità espresse nell'informativa privacy allegata e conformemente agli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività dell'Ente.

Luogo e data

Firma del Medico



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI BARI



CURRICULUM PROFESSIONALE E FORMATIVO ALLEGATO ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Dati Generali del Medico Tutor:

Cognome:	Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:	Provincia:
Indirizzo Studio:	Città:	Via e n. civico:
Telefono Studio:	Cellulare:	e-mail Pec:

Dati inerenti l'attività professionale:

Convenzione in qualità di Medico di Medicina Generale	dal (anno):	A.S.L.:		
Numero assistiti attualmente in carico:	Ore settimanali di ambulatorio:			
Esercizio in esclusiva dell'attività di Medico di Medicina Generale	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Eventuale altra attività libero-professionale:				
Eventuale altra attività convenzionata:				
Ore sett.:				
Adezione a forme associative: CPT <input type="checkbox"/>	Gruppo/ /super <input type="checkbox"/>	Rete/Super <input type="checkbox"/>	Associazione <input type="checkbox"/>	Nessuna <input type="checkbox"/>
Collaboratori in servizio presso lo studio:	Coll.studio <input type="checkbox"/>	Infermiera <input type="checkbox"/>	Nessuno <input type="checkbox"/>	
Usa il Computer in ambulatorio?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Software Professionale in uso:	
Presso lo Studio sono in uso attrezzature mediche particolari?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>		
Se si, quali?				

Dati inerenti le competenze formative:

Anno di laurea:	presso l'Università degli Studi di:		
Specializzazioni:	Università:	anno:	
	Università:	anno:	
Perfezionamenti:	Università:	anno:	
	Università:	anno:	
Iscrizione a Società Scientifiche della Medicina Generale:	Società:	dal:	
	Società:	dal:	

I dati personali da Lei forniti a quest'Ordine e raccolti per tutto il periodo di Sua iscrizione all'Albo, formeranno oggetto del trattamento nel rispetto della normativa vigente e per le finalità espresse nell'informativa privacy allegata e conformemente agli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività dell'Ente.

Avvertenze: barrare i riquadri si/no quando richiesto - allegare documento d'identità

Luogo e data _____ Firma del Medico _____



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI BARI



Oggetto: Informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

Gentile collega,

ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (*General Data Protection Regulation*, in seguito "GDPR" o "Regolamento") - La informiamo che i dati personali da Lei forniti al nostro Ente o raccolti per tutto il periodo di Sua iscrizione all'albo (di seguito "Dati"), formeranno oggetto del trattamento di cui all'art. 4 del Regolamento UE 679/2016, nel rispetto della normativa sopra richiamata e conformemente agli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività dell'Ente. Desideriamo in particolare informarla di quanto segue:

a. Dati relativi al Titolare e al Responsabile della Protezione dei dati

Titolare dei trattamenti è l'Ordine Dei Medici Chirurghi e Degli Odontoiatri della Provincia di Bari, Codice fiscale 93021170720, con sede in Via G. Capruzzi, 184 - 70126 Bari (BA), e-mail info@omceo.bari.it Responsabile della Protezione dei dati è la società Avvera s.r.l., domiciliata per la carica presso la sede della società, e-mail omceobari.dpo@avvera.it, PEC: avvera@legalmail.it.

b. Finalità del trattamento e basi giuridiche

I Dati verranno trattati per le finalità relative all'adempimento degli obblighi derivanti dalla legge, dai regolamenti, dalla normativa comunitaria nonché da disposizioni impartite da autorità e da organi di vigilanza e di controllo e per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente.

La raccolta ed il trattamento dei Dati sono effettuati al fine di consentire a questo Ente di condurre le attività connesse e strumentali alla gestione della Sua iscrizione nel relativo albo e alle attività connesse agli obblighi normativi e regolamentari della Sua permanenza all'Ordine.

In ragione delle funzioni istituzionali svolte, e con particolare riferimento all'obbligo di cura della tenuta dell'albo, questo Ente potrebbe dover trattare particolari categorie di dati a Lei riferite, di cui all'art. 6, lett. e) del Regolamento. Ai sensi della D.L.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233 e del Regolamento di esecuzione D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221 che attribuisce ai Consigli dell'Ordine l'accertamento d'ufficio della buona condotta e dell'assenza di precedenti penali del richiedente, questo Ordine potrà trattare i Suoi dati giudiziari contenuti nel casellario o, durante tutto il periodo di iscrizione all'albo, dati relativi ad eventuali condanne penali e a procedimenti penali a Suo carico. In ogni caso, questo Consiglio tratterà i Suoi dati appartenenti a categorie particolari e giudiziari esclusivamente per le finalità istituzionali stabilite dalla legge o da atti aventi forza di legge.

In ragione dell'obbligo normativo di esibizione del tesserino di appartenenza all'ordine professionale questo Ente tratterà la sua immagine.

Le finalità indicate sono perseguite in forza delle basi giuridiche previste dall'art. 6, comma 1., lett. c) (*il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento*) e lett. e) (*il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento*); i dati particolari saranno trattati in forza della base giuridica prevista dall'art. 9, comma 2., lett. g) (*il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico rilevante sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri, che deve essere proporzionato alla finalità perseguita, rispettare l'essenza del diritto alla protezione dei dati e prevedere misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti fondamentali e gli interessi dell'interessato*) ed il relativo rinvio alle norme nazionali citate nella presente informativa. Analogo rinvio è formulato dall'art. 10 in ordine al trattamento dei dati personali relativi a condanne penali e reati.

c. Categorie di destinatari dei dati personali

I Dati, o alcuni di essi, possono essere comunicati alle seguenti persone o enti che all'uopo possono effettuare operazioni di trattamento per nostro conto:

- FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri);
- all'ENPAM (Ente Nazionale Previdenza e Assistenza Medici);
- alle Università degli Studi
- consulenti e liberi professionisti, anche in forma associata;
- banche ed istituti di credito;
- enti di formazione, docenti formatori;
- società e imprese a cui l'Ente ha affidato trattamenti o parti di trattamenti dei Dati, oppure che, in qualità di autonomi titolari del trattamento, eseguono attività per conto dell'Ente.

I suoi dati saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221 e s.m.i. e dal Regolamento (UE) 2016/679. In particolare, i suoi dati saranno diffusi mediante pubblicazione sul sito dell'Ordine.

d. Trasferimento dei dati personali in un Paese Terzo

Nell'ambito delle funzioni istituzionali dell'Ente i suoi dati potranno essere trasferiti in Stati membri dell'Unione Europea o in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea che garantiscono un adeguato livello di protezione ai sensi dell'articolo 45 del GDPR 2016/679. In casi specifici e limitati (a titolo esemplificativo, la Sua richiesta di trasferimento in un Paese extra UE) parte dei Suoi Dati potranno essere trasferiti ad Enti, organi od organizzazioni aventi finalità in tutto o in parte analoghe a quelle degli ordini professionali nel nostro Paese. Qualora tali Paesi non fossero dotati di un apparato normativo valutato come adeguato ai sensi dell'art. 45 del GDPR, il trasferimento avverrà ai sensi dell'art. 49 dello stesso Regolamento.

e. Periodo di Conservazione

I Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati e in conformità alle disposizioni fornite dalla Soprintendenza archivistica e bibliografica della Puglia e Basilicata, secondo quanto previsto dal Decreto del Presidente della Repubblica 30 settembre 1963, n. 1409 "Norme relative all'ordinamento ed al personale degli archivi di Stato".

f. Diritti dell'Interessato

La vigente normativa riconosce all'Interessato numerosi diritti che La invitiamo a considerare attentamente. Tra questi, Le ricordiamo i diritti di:

1. Accesso alle seguenti informazioni:
 - a. finalità del trattamento,
 - b. categorie di dati personali in questione,



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI ED ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI BARI



- c. destinatari o categorie di destinatari a cui tali dati personali sono stati o saranno comunicati, in particolare se destinatari di paesi terzi o organizzazioni internazionali,
 - d. esistenza del diritto dell'interessato di chiedere al titolare del trattamento la rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento;
2. Rettifica, con ciò intendendo:
- a. correzione dei dati personali inesatti che lo riguardano senza giustificato ritardo,
 - b. integrazione dei dati personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa;
3. cancellazione dei dati che la riguardano senza ingiustificato ritardo, se:
- a. i dati non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati,
 - b. è formulata una revoca del consenso e non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento,
 - c. lei si oppone al trattamento e non sussiste alcun motivo legittimo prevalente per procedere al trattamento,
 - d. i dati personali sono stati trattati illecitamente,
 - e. i dati personali devono essere cancellati per adempiere un obbligo legale,
 - f. i dati personali sono stati raccolti relativamente all'offerta di servizi della società dell'informazione;
4. limitazione del trattamento:
- a. qualora contesti l'esattezza dei dati personali, per il periodo necessario al titolare del trattamento di verificare l'esattezza di tali dati personali
 - b. quando il trattamento è illecito e l'interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali e chiede invece che ne sia limitato l'utilizzo,
 - c. quando i dati personali sono necessari all'interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria, benché il titolare non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento,
 - d. qualora lei si opponga al trattamento in virtù del diritto di opposizione;
5. Ricevere notifica in caso di avvenuta rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento;
6. Portabilità dei dati, ovvero diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che la riguardano e ha il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento, qualora:
- a. il trattamento si basi sul consenso espresso dell'interessato per una o più specifiche finalità o avvenga in ragione di un contratto siglato con l'interessato e
 - b. il trattamento sia effettuato con mezzi automatizzati;
7. Opposizione in qualunque momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che lo riguardano.

Per esercitare i diritti suesposti può rivolgersi al Titolare del trattamento, inviando una raccomandata A/R all'indirizzo indicato o una email all'indirizzo info@omceo.bari.it

Lei ha inoltre il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

g. Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei Dati

Ai sensi dell'art. 2229 codice civile e del D.L.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233 il conferimento dei dati costituisce un obbligo normativo.

h. Conseguenze in caso di rifiuto di conferire i Dati

In presenza di un obbligo normativo di conferimento, il rifiuto da parte dell'Interessato di fornire i Dati può determinare la violazione da parte dell'Interessato delle norme che stabiliscono tale obbligo (con possibili conseguenze a carico dell'Interessato). In ogni caso, l'Ente non potrà eseguire le operazioni che presuppongono il trattamento dei suddetti Dati e ciò con ogni conseguenza e danno a carico dell'Interessato.

IL PRESIDENTE
Dott. Filippo Anelli

Ho preso visione dell'informativa e presto il consenso al trattamento dei miei dati

Luogo e data

Firma del Medico