



**REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO DELLA SALUTE**

DIPARTIMENTO ATTIVITÀ SANITARIE E OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO

2. Di conoscere e di accettare il Regolamento del C.F.S.M.G. approvato con Decreto Assessoriale n.827/2023 del 21/07/2023 – Allegato 2 – pubblicato nella G.U.R.S. parte prima n. 10 del 28/07/2023.
3. Di essere medico in servizio permanente effettivo e di avere almeno quattro anni di anzianità di servizio in uno dei seguenti Corpi Nazionali (barrare quello corrispondente):

Polizia di Stato;

Vigili del fuoco;

Forze Armate (specificare corpo) _____;

Guardia di Finanza.

4. Di prestare servizio presso la seguente sede:
(indicare ogni elemento utile per comunicazioni d'ufficio, indirizzo, città, telefono, P.E.C., ecc.)

5. 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”*.
6. Di essere a conoscenza che, per lo svolgimento di tutte le altre attività didattiche teoriche – ove possibile – il sottoscritto potrà individuare il polo formativo di preferenza (Palermo – Catania – Messina).

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 4800 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 autorizzo/a la Regione Siciliana al trattamento dei dati personali nel rispetto della vigente normativa in materia e per le finalità strettamente necessarie all'accesso al C.F.S.M.G. della Regione Siciliana, nonché la loro pubblicazione nella G.U.R.S. 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



**REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO DELLA SALUTE**

DIPARTIMENTO ATTIVITÀ SANITARIE E OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO

personali normativa adeguata al Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 di cui al D.lgs. 18/05/2018, n. 51).

Data _____

Firma del dichiarante _____

Si allegano:

- attestato di servizio;
- copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa della privacy consultabile nel sito

Data _____

Firma del dichiarante _____