

AVVISO PUBBLICO
PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE DI PROFESSIONISTI IN POSSESSO DELLE
QUALIFICHE PROFESSIONALI SANITARIE DI MEDICO CHIRURGO E INFERMIERE CHE
INTENDANO ESERCITARE SUL TERRITORIO REGIONALE LA PROFESSIONE
CONSEGUITA ALL'ESTERO E REGOLATA DA SPECIFICHE DIRETTIVE
DELL'UNIONE EUROPEA, IN ATTUAZIONE DELL'ART. 13 DECRETO-LEGGE 17 MARZO
2020, N. 18

GUIDA PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA

SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL SERVIZIO
SANITARIO REGIONALE, SOCIALE E SOCIO-SANITARIO

Marzo 2020

Premessa

L'Avviso pubblico per la manifestazione di interesse di professionisti in possesso delle qualifiche professionali sanitarie di medico chirurgo, infermiere, ostetrica/o, farmacista, veterinario che intendano esercitare sul territorio regionale la professione conseguita all'estero e regolata da specifiche direttive dell'Unione Europea, in attuazione dell'art. 13 del Decreto-Legge 17 marzo 2020, n. 18 prevede come unica modalità per la presentazione delle domande l'utilizzo del servizio online disponibile alla pagina <http://salute.regione.emilia-romagna.it/trasparenza/avvisi-pubblici/professionisti-sanitari-manifestazione-interesse-covid-19>

La piattaforma presenta diverse sezioni, che dovranno essere compilate; per alcune di queste la compilazione è obbligatoria e se non compilate non sarà possibile concludere la procedura. Quelle obbligatorie sono contrassegnate da un asterisco. Per alcune sezioni è anche obbligatorio inserire degli allegati.

Al termine della compilazione della domanda verrà generato il riepilogo delle informazioni inserite che dovrà essere stampato, sottoscritto con firma autografa, scansionato e allegato per l'acquisizione nella piattaforma

Documenti necessari per la compilazione

PRIMA di iniziare la compilazione della domanda è necessario **predisporre** i seguenti documenti da allegare:

1. Copia del titolo di studio
2. Copia del diploma di specializzazione (solo per i medici in possesso del diploma di specializzazione)
3. Copia iscrizione all'albo del Paese di provenienza
4. Curriculum vitae in formato europeo
5. Copia del documento di identità

Gli allegati dovranno essere in formato PDF - Dimensione massima per singolo allegato: 5MB

Eventuali domande o richieste di chiarimenti possono essere inoltrate all'indirizzo di mail: COVID19.ProfSanEmerg@Regione.Emilia-Romagna.it

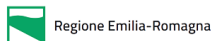
Compilazione della domanda

1. La manifestazione di interesse di professionisti in possesso delle qualifiche professionali sanitarie di medico chirurgo e infermiere che intendano esercitare sul territorio regionale la professione conseguita all'estero e regolata da specifiche direttive dell'unione europea, in attuazione dell'art. 13 del Decreto-Legge 17 marzo 2020, n. 18 **deve essere presentata esclusivamente in via telematica**, utilizzando il servizio on-line il cui accesso è reso disponibile al seguente indirizzo:

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/trasparenza/avvisi-pubblici/professionisti-sanitari-manifestazione-interesse-covid-19>

compilando il form in ogni parte e corredandolo di tutti gli allegati richiesti.

Per iniziare la compilazione cliccare su “INIZIA NUOVA RICHIESTA” in basso a destro



Manifestazione di interesse per esercizio temporaneo professione sanitaria conseguita all'estero e regolata da specifiche direttive dell'Unione Europea (in attuazione dell'art. 13 del Decreto-Legge del 17 marzo 2020 n. 18.)

Avviso per la manifestazione di interesse di professionisti in possesso delle qualifiche professionali sanitarie di medico chirurgo e infermiere che intendano esercitare sul territorio regionale la professione conseguita all'estero e regolata da specifiche direttive dell'Unione Europea, in attuazione dell'art. 13 del Decreto-Legge del 17 marzo 2020 n. 18

La manifestazione di interesse deve essere presentata esclusivamente in via telematica compilando il form in ogni parte e corredandolo di tutti gli allegati richiesti.

La compilazione dovrà avvenire in un'unica soluzione, non sarà possibile riprenderla in un momento successivo. Se per un qualsiasi motivo non si riesce a completare la compilazione e a inviare la domanda sarà necessario iniziare una nuova compilazione.

Al termine della compilazione del form verrà generato il riepilogo delle informazioni inserite che dovrà essere stampato, sottoscritto con firma autografa, scansionato e allegato per l'acquisizione nella piattaforma.

Documenti necessari per la compilazione:

1. Copia del titolo di studio
2. Copia del diploma di specializzazione (solo per i medici in possesso del diploma di specializzazione)
3. Copia iscrizione all'albo del Paese di provenienza
4. Curriculum vitae in formato europeo
5. Copia del documento di identità

Allegati

È possibile allegare documenti con dimensione max 5 MB, formato PDF.

Chiarimenti e domande

Eventuali domande o richieste di chiarimenti possono essere inoltrate all'indirizzo di mail: COVID19.ProfSanEmerg@Regione.Emilia-Romagna.it.

INIZIA NUOVA RICHIESTA ➔

Per continuare cliccare su “ACCEDI”

Accedi

Verifica di essere un utente reale premendo su Accedi

ACCEDI

< INDIETRO

Sommario

Una volta entrati la piattaforma mostra una sezione con il riepilogo delle sezioni che dovranno essere compilate:

Regione Emilia-Romagna

Manifestazione di interesse per esercizio temporaneo professione sanitaria conseguita all'estero e regolata da specifiche direttive dell'Unione Europea (in attuazione dell'art. 13 del Decreto-Legge del 17 marzo 2020 n. 18.)

1. Soggetto richiedente 2. Domanda 3. Dichiarazioni 4. Informativa privacy 5. Riepilogo 6. Convalida 7. Inoltra

1) Soggetto richiedente *

* Campo obbligatorio

Cognome *

Nome *

Luogo di nascita *

Data di nascita *

Cittadinanza *

Codice Fiscale

Indirizzo di residenza *

CAP

Città *

Stato *

Telefono

Indirizzo e-mail *

SALVA & PROSEGUI ↻

2. Domanda

* Campo obbligatorio

* **MANIFESTA** il proprio interesse alla procedura in oggetto per la seguente professione

*

* **CHIEDE** di essere iscritto in un elenco a disposizione delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna qualora ne ravvisino la necessità

* **Ai predetti fini, sotto la propria responsabilità, DICHIARA** di avere i seguenti titoli

Titolo di studio

Denominazione del titolo di studio *

(esempio Laurea in medicina e chirurgia, etc...)

Ente che ha rilasciato il titolo *

Data conseguimento *

 - -

Copia del titolo *

Scegli file

Nessun file selezionato

Specializzazione

Diploma di specializzazione

(da specificare solo in caso di professione medico)

Data conseguimento

 - -

Ente che ha rilasciato il diploma

Copia del diploma di specializzazione

Scegli file

Nessun file selezionato

Albo

DICHIARA di essere iscritto al seguente Albo

Denominazione Albo *

(Indicare la denominazione dell'albo)

Paese dell'Albo *

Data di inizio iscrizione *

 - -

Copia dell'iscrizione all'Albo *

Scegli file

Nessun file selezionato

Curriculum vitae

Curriculum vitae in formato europeo *

Scegli file Nessun file selezionato

Il curriculum vitae, come prescritto dall'art. 10 comma 8 lett. D del D.Lgs. 14.03.2013 n. 33, dovrà essere redatto in conformità al vigente modello europeo, **avendo cura di omettere i dati personali** (es: data e luogo di nascita, residenza, numeri telefonici, indirizzi di posta elettronica, indirizzi e mail, codice fiscale, fotografia ecc).

← INDIETRO

SALVA & PROSEGUI →

3) Dichiarazioni *

* Campo obbligatorio

- * **ALLEGA** alla presente la copia in carta semplice di un valido documento d'identità personale.
- * ai sensi degli art. 46 e 47 DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, **ATTESTA** la veridicità delle dichiarazioni rese, l'autenticità delle certificazioni nonché la conformità agli originali dei documenti presentati.
- * **DICHIARA** di accettare tutte le indicazioni fornite nella manifestazione di interesse, consapevole che qualora emerga la non veridicità delle dichiarazioni riportate dagli accertamenti che gli uffici sono titolati a svolgere, l'amministrazione disporrà l'applicazione delle norme penali previste e la decadenza da ogni beneficio, ai sensi di quanto previsto dal D.P.R. 445/2000 e s.m.i..
- * **DICHIARA** di conoscere le seguenti lingue:
 - Italiano
 - Inglese
 - Altro

Specificare Altro

← INDIETRO

SALVA & PROSEGUI →

4) Informativa Privacy *

Privacy - Informativa sul trattamento dei dati personali

Privacy - Informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art 13 del Regolamento europeo n. 679/2016

1. Premessa

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016, la Giunta della Regione Emilia-Romagna, in qualità di "Titolare" del trattamento, è tenuta a fornirle informazioni in merito all'utilizzo dei Suoi dati personali.

2. Identità e i dati di contatto del titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è la Giunta della Regione Emilia-Romagna, con sede in Bologna, Viale Aldo Moro n. 52, cap 40127.

Al fine di semplificare le modalità di inoltro e ridurre i tempi per il riscontro si invita a presentare le richieste di cui al successivo paragrafo n. 10, alla Regione Emilia-Romagna, Ufficio per le relazioni con il pubblico (Urp), per iscritto o recandosi direttamente presso lo sportello Urp.

L'Urp è aperto dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 13 in Viale Aldo Moro 52, 40127 Bologna (Italia): telefono 800-662200, fax 051-527.5360, e-mail urp@regione.emilia-romagna.it.

3. Il Responsabile della protezione dei dati personali

Il Responsabile della protezione dei dati designato dall'Ente è contattabile all'indirizzo mail dpo@regione.emilia-romagna.it o presso la sede della Regione Emilia-Romagna di Viale Aldo Moro n. 30.

4. Responsabili del trattamento

L'Ente può avvalersi di soggetti terzi per l'espletamento di attività e relativi trattamenti di dati personali di cui manteniamo la titolarità. Conformemente a quanto stabilito dalla normativa, tali soggetti assicurano livelli di esperienza, capacità e affidabilità tali da garantire il rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento, ivi compreso il profilo della sicurezza dei dati.

Formalizziamo istruzioni, compiti ed oneri in capo a tali soggetti terzi con la designazione degli stessi a "Responsabili del trattamento". Sottoponiamo tali soggetti a verifiche periodiche al fine di constatare il mantenimento dei livelli di garanzia registrati in occasione dell'affidamento dell'incarico iniziale.

5. Soggetti autorizzati al trattamento

I Suoi dati personali sono trattati da personale interno previamente autorizzato e designato quale incaricato del trattamento, a cui sono impartite idonee istruzioni in ordine a misure, accorgimenti, modus operandi, tutti volti alla concreta tutela dei suoi dati personali.

6. Finalità e base giuridica del trattamento

Il trattamento dei suoi dati personali viene effettuato dalla Giunta della Regione Emilia-Romagna per lo svolgimento di funzioni istituzionali e, pertanto, ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. e) non necessita del suo consenso. La finalità del trattamento è la gestione del Temporaneo riconoscimento di titolo estero

per l'esercizio di professioni sanitarie durante l'emergenza COVID-19 in attuazione dell'art. 13 decreto legge 17 marzo 2020, n. 18. I dati raccolti saranno trattati a fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggregata, a fini statistici.

7. Destinatari dei dati personali

I suoi dati personali potranno essere comunicati alle Amministrazioni Pubbliche direttamente interessate alla la manifestazione di interesse di professionisti in possesso delle qualifiche professionali sanitarie di medico chirurgo e infermiere che intendano esercitare sul territorio regionale la professione conseguita all'estero e regolata da specifiche direttive dell'Unione Europea, in attuazione dell'art. 13 del Decreto-Legge del 17 marzo 2020, n. 18.

8. Trasferimento dei dati personali a Paesi extra UE

I suoi dati personali non sono trasferiti al di fuori dell'Unione europea.

9. Periodo di conservazione

I suoi dati sono conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate. A tal fine, anche mediante controlli periodici, viene verificata costantemente la stretta pertinenza, non eccedenza e indispensabilità dei dati rispetto al rapporto, alla prestazione o all'incarico in corso, da instaurare o cessati, anche con riferimento ai dati che Lei fornisce di propria iniziativa. I dati che, anche a seguito delle verifiche, risultano eccedenti o non pertinenti o non indispensabili non sono utilizzati, salvo che per l'eventuale conservazione, a norma di legge, dell'atto o del documento che li contiene.

10. I suoi diritti

Nella sua qualità di interessato, Lei ha diritto:

- di accesso ai dati personali;
- di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano;
- di opporsi al trattamento;
- di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali

•

11. Conferimento dei dati

Il conferimento dei Suoi dati è facoltativo, ma necessario per le finalità sopra indicate. Il mancato conferimento comporterà l'impossibilità di dar corso alla Sua manifestazione di interesse per l'esercizio temporaneo della professione sanitaria.

DICHIARA di aver preso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del regolamento europeo n. 679/2016

 **INDIETRO**

SALVA & PROSEGUI 

5) RIEPILOGO

sezione riepilogato dati inseriti nelle diverse sezioni.

Verificare la correttezza delle informazioni ed apportare le eventuali modifiche, procedere quindi con la stampa e salvare per proseguire.

 **INDIETRO**

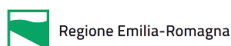
 **STAMPA RIEPILOGO DATI**

SALVA & PROSEGUI 

Indicazioni utili per l'uso della piattaforma

Sul PC da cui si compila la manifestazione di interesse di professionisti in possesso delle qualifiche professionali sanitarie di medico chirurgo e infermiere che intendano esercitare sul territorio regionale la professione conseguita all'estero e regolata da specifiche direttive dell'unione europea, in attuazione dell'art. 13 del Decreto-Legge 17 marzo 2020, n. 18 è **necessario aver installato un visualizzatore di documenti PDF, come Adobe Acrobat Reader.**

Per iniziare la compilazione di una nuova domanda cliccare su "INIZIA NUOVA RICHIESTA".



Manifestazione di interesse per esercizio temporaneo professione sanitaria conseguita all'estero e regolata da specifiche direttive dell'Unione Europea (in attuazione dell'art. 13 del Decreto-Legge del 17 marzo 2020 n. 18.)

1 Avviso per la manifestazione di interesse di professionisti in possesso delle qualifiche professionali sanitarie di medico chirurgo e infermiere che intendano esercitare sul territorio regionale la professione conseguita all'estero e regolata da specifiche direttive dell'Unione Europea, in attuazione dell'art. 13 del Decreto-Legge del 17 marzo 2020 n. 18

La manifestazione di interesse deve essere presentata esclusivamente in via telematica compilando il form in ogni parte e corredandolo di tutti gli allegati richiesti.

La compilazione dovrà avvenire in un'unica soluzione, non sarà possibile riprenderla in un momento successivo. Se per un qualsiasi motivo non si riesce a completare la compilazione e a inviare la domanda sarà necessario iniziare una nuova compilazione.

Al termine della compilazione del form verrà generato il riepilogo delle informazioni inserite che dovrà essere stampato, sottoscritto con firma autografa, scansionato e allegato per l'acquisizione nella piattaforma.

Documenti necessari per la compilazione:

1. Copia del titolo di studio
2. Copia del diploma di specializzazione (solo per i medici in possesso del diploma di specializzazione)
3. Copia iscrizione all'albo del Paese di provenienza
4. Curriculum vitae in formato europeo
5. Copia del documento di identità

Allegati

È possibile allegare **documenti con dimensione max 5 MB**, formato PDF.

Chiarimenti e domande

Eventuali domande o richieste di chiarimenti possono essere inoltrate all'indirizzo di mail: COVID19.ProfSanEmerg@Regione.Emilia-Romagna.it.

INIZIA NUOVA RICHIESTA ➔

Il modulo si presenta come un insieme di step (1. Soggetto richiedente, 2. Domanda, ...) che al loro interno contengono molteplici campi.

I campi obbligatori sono caratterizzati da un asterisco.

Cliccando su ogni singolo step è possibile visualizzare i campi richiesti e compilarli.

Cliccando sul pulsante "SALVA E PROSEGUI" il sistema salva comunque i dati inseriti e verifica la correttezza degli stessi segnalando eventuali messaggi di errore. Se non sono presenti errori chiude lo STEP e si posiziona sul successivo. In qualsiasi momento si potrà tornare in modifica dei dati degli STEP chiusi, cliccando sull'apposito pulsante TORNA IN MODIFICA.

Se sono presenti errore lo step non verrà chiuso e non sarà possibile procedere con l'inoltro della domanda.

La compilazione dovrà avvenire in un'unica soluzione, non sarà possibile riprenderla in un momento successivo. Se per un qualsiasi motivo non si riesce a completare la compilazione e a inviare la domanda sarà necessario iniziare una nuova compilazione.

È **sconsigliato** copiare testi formattati da documenti word / open office / etc., è raccomandato digitare i testi direttamente nel modulo on-line oppure copiarli da un file di tipo testuale. In ogni caso è bene ricontrollare il testo inserito nei campi dopo il salvataggio e correggere eventuali caratteri non copiati correttamente.

Esempi di errori che segnala il sistema:

- campi obbligatori non compilati

Denominazione del titolo di studio *

Campo Obbligatorio

(esempio Laurea in medicina e chirurgia, etc...)

- l'email non è valida

(*) Almeno uno dei campi e' obbligatorio

Email (*) xxxxxxxxxxxx


Compilare almeno uno dei campi Email o PEC
Inserire un indirizzo valido


Per modificare i dati di uno step già compilato (gli step compilati hanno il titolo di colore grigio, quelli in corso di compilazione di colore rosso) si può procedere nella seguente modalità:

- cliccare sul tab dello step specifico
- cliccare sul pulsante centrale TORNA IN MODIFICA








Attraverso lo step "Riepilogo" è possibile vedere tutti i dati inseriti e farne una stampa per verifica. Attraverso lo step "Convalida", attivo solo se si è completati tutti gli step precedenti, è possibile scaricare il pdf e ricaricarlo dopo che il legale rappresentante o suo delegato l'ha firmato digitalmente.

L'inoltro è lo step conclusivo della procedura di compilazione, se l'inoltro è andato a buon fine verrà visualizzato un messaggio simile al seguente:

 **Procedura CONCLUSA.** La tua richiesta è stata inoltrata correttamente.

 L'istanza è in corso di protocollazione. A breve riceverai un'email con il numero di protocollo.

ID 2004276

| | |
|------------------------|--|
| Protocollo n. | Istanza accodata. In attesa di protocollazione automatica. |
| Ricevuta n. | TIT-EST_8 |
| Data di inoltro | 31-03-2020 12:32 |
| Riepilogo dati |  Scarica il PDF (2921 KB) |
| Allegati | DOMANDA  Copia del titolo * (2921 KB)  Curriculum vitae in formato europeo * (2921 KB)  Copia dell'iscrizione all'Albo * (2921 KB) DOCUMENTI DI VALIDAZIONE  Documento di identità (retro) (2921 KB)  Documento di identità (fronte) (2921 KB)  Dichiarazione compilata e firmata (2921 KB) |

Per richiedere assistenza per la compilazione è necessario scrivere a

COVID19.ProfSanEmerg@Regione.Emilia-Romagna.it