



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI TRENTO**

Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento
Cod. Fisc. 80013290228

**Marca da
bollo
Euro 16,00**

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento:

FREQUENZA VOLONTARIA:

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE DI PARTECIPARE

per il periodo dal.....al.....presso l'Unità Operativa di.....

per il periodo dal.....al.....presso l'Unità Operativa di.....

a titolo gratuito **e senza che ciò comporti alcuna attività lavorativa autonoma o subordinata,**

al percorso formativo di **FREQUENZA VOLONTARIA** per approfondimento teorico pratico nell'ambito della formazione ECM concordato tra Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trento e APSS

A tal fine consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del DPR. 28/12/2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base a una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera

DICHIARA:

(barrare solo le voci che interessano)

- di essere nato/ail.....
- di essere residente a in via
tel
- di non aver riportato condanne penali
- di avere riportato le seguenti condanne penali:.....
.....
- di essere in possesso del seguente titolo di studio.....
conseguito presso in data.....

- di essere abilitato all'esercizio della professione con esame di Stato sostenuto presso.....
.....in data
 - di aver conseguito diploma di specializzazione in
presso.....in
data.....
 - di essere iscritto all'Ordine Professionale:.....
della Provincia didal..... al.....
al n.
 - essere in possesso di polizza assicurativa per responsabilità professionale n.
stipulata con l'Istituto Primario di Assicurazione Agenzia di
.....(indicare l'indirizzo)
la polizza decorre dal scade il
- Il massimale assicurato è di Euro _____ per _____**
- di essere in possesso di polizza assicurativa per infortuni n.stipulata con
l'Istituto Primario di Assicurazione.....Agenzia di
.....(indicare l'indirizzo)
la polizza decorre dal scade il
- I massimali coperti dalla polizza sono:**
- | | |
|-----------------------|---------|
| morte | € |
| invalidità permanente | € |
- che la/e copia/e dei titoli allegata/e alla presente dichiarazione e contraddistinta/e con i numeri da.....
a è/sono conforme/i all'/agli originale/i.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare tutte le norme contenute nella convenzione stipulata tra Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trento e APSS in data, con deliberazione n. del, pubblicata in, nonché quelle concernenti l'organizzazione della/e Unità Operativa/e frequentata/e, anche ai fini delle norme sulla sicurezza sul lavoro.

**In particolare ne sottoscrive espressamente per presa visione ed accettazione i punti:
1 (Destinatari), 2 (Modalità e contenuti), 3 (Durata), 6.4 (Attivazione e Frequenza), 7 (Crediti Formativi), 8 (Obblighi dei Frequentatori), 9 (Sospensione), 10 (Obblighi di sicurezza) e 11 (Coperture Assicurative) della predetta convenzione, allegati alla presente richiesta (ALLEGATO 1)**

Sottoscrive, altresì per presa visione, l'informativa relativa alla copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi e per infortuni (ALLEGATO 2)

Dichiara di aver ricevuto il documento di registrazione per la rilevazione della frequenza anche ai fini del riconoscimento dei crediti formativi, come previsto dal punto 7 della Convenzione (ALLEGATO 3).

Chiede infine che ogni comunicazione sia inviata al seguente indirizzo:

sig.
Via n.
C.A.P. Comune Provincia
tel.

Qualora la presente dichiarazione non venisse firmata davanti al Funzionario addetto a ricevere la documentazione, perché inviata tramite servizio postale o con altra modalità, dovrà essere allegata una copia fotostatica, anche non autentica, di un documento d'identità in corso di validità.

NOTA BENE

L'Amministrazione non si assume alcuna responsabilità per errori, inesattezze o incompletezza dei dati indicati, che potranno comportare conseguenze negative a livello di certificazione della frequenza.

L'Azienda utilizzerà i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D. Lgs. 30 giugno 2003 n.196 "codice in materia di protezione dei dati personali").

IL MEDICO/ODONTOIATRA SI IMPEGNA A COMUNICARE LA DATA DI CESSAZIONE EFFETTIVA DELLA FREQUENZA E A CONSEGNARE IL QUESTIONARIO VALIDO PER IL RICONOSCIMENTO DEI CREDITI FORMATIVI ECM (I CREDITI SONO RICONOSCIUTI PER UN PERIODO DI FREQUENZA MINIMA DI DUE MESI).

Luogo e data _____

(Firma per esteso e leggibile)

ALLEGATI COME DA TESTO

INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della provincia di Trento, in qualità di "Titolare del Trattamento", Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nella domanda di iscrizione all'Albo professionale e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento il Responsabile della protezione dei dati, c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 che Le è stata consegnata e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

Il sottoscritto dott....., presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

Data _____

Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Il sottoscritto.....incaricato, ATTESTA ai sensi dell'art. 30 del T.U. D.P.R. 445/2000, che l'istanza:

- è stata presentata personalmente dal sottoscrittore identificato con documento
- è stata presentata, corredata da copia del documento di identità valido del sottoscrittore, dal sig. identificato con documento
- è pervenuta a mezzo posta corredata di copia del documento di identità valido del sottoscrittore.

Data _____

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

ALLEGATO 1– ESTRATTO CONVENZIONE



ORDINE MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI - TRENTO

Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

CONVENZIONE

**PER LA FORMAZIONE CONTINUA DEGLI ISCRITTI ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TRENTO
PRESSO LE UNITA' OPERATIVE OSPEDALIERE E TERRITORIALI DELL'APSS
sottoscritta tra le parti il 5 giugno 2015**

ESTRATTO

OMISSIS....

1. DESTINATARI

1.1 Destinatari dei percorsi di formazione nella forma della *frequenza*, oggetto della presente convenzione, sono i professionisti che siano al contempo iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trento, abilitati all'esercizio della professione e in attesa di occupazione. L'Ordine si riserva di valutare le eventuali richieste di partecipazione di medici non iscritti presso questo Albo provinciale.

1.2 La partecipazione ai percorsi di formazione è volontaria, non retribuita e non costituisce attività di natura lavorativa.

2. MODALITA' E CONTENUTI

2.1 Il percorso formativo in oggetto si svilupperà, attraverso *frequenza*, sulla base di un progetto di formazione condiviso tra soggetto promotore (Ordine dei Medici), e soggetto ospitante (APSS), sotto la supervisione dei *tutor* aziendali assegnati.

2.2 Al fine di offrire ai frequentatori un osservatorio privilegiato dei casi pratici, il percorso formativo sarà articolato negli ambiti di seguito indicati e comprenderà i seguenti punti:

- a) Sviluppo di competenze relazionali nell'ambito del team di U.O./Servizio individuati, per apprendere capacità in ordine a:
- costruzione relazione medico-medico secondo dettami della colleganza
 - comunicazione tra tutte le figure professionali incaricate del processo di cura
 - conoscenza dei protocolli di riferimento in uso nella U.O./Servizio
 - accuratezza nella raccolta di anamnesi

- conoscenza degli adempimenti documentali e correttezza nella loro compilazione
- b) Sviluppo di competenze di relazione di cura nel rapporto medico paziente:
 - costruzione della relazione medico paziente
 - capacità di ascolto
 - conoscenza delle disposizioni sulla *privacy* e sulla raccolta del consenso
 - correttezza della gestione delle informazioni acquisite
- c) Sviluppo competenza relazionale e misurazione del risultato, nel rapporto con il *tutor*:
 - sviluppo di attitudine al confronto ed ottimizzazione delle indicazioni disposte nell'ambito del tutoraggio
 - approfondimento di tematiche emergenti
 - impegno nella frequenza
- d) Approfondimento finalizzato ad una migliore acquisizione delle competenze di cui ai precedenti punti a), b) e c), attraverso osservazione di casi pratici, sotto il coordinamento del *tutor* aziendale .

3. DURATA

3.1 I singoli percorsi formativi avranno una durata massima di 6 mesi ciascuno e saranno articolati in una fase teorica preparatoria in aula, seguita da un periodo di durata non superiore a 4 mesi di frequenza e termineranno con una fase conclusiva di confronto in aula.

3.2 Ciascun medico potrà svolgere un solo percorso formativo.

OMISSIS...

6. ATTIVAZIONE DELLA FREQUENZA

OMISSIS...

6.4 In assenza della formale attivazione alla frequenza, è fatto divieto ai frequentatori di accedere alle strutture sanitarie aziendali.

7. CREDITI FORMATIVI

Il superamento del percorso formativo dà diritto all'attribuzione dei crediti formativi ECM assegnati al progetto dalla procedura di accreditamento dell'evento.

8. OBBLIGHI DEI FREQUENTATORI

8.1 Il frequentatore si impegna a seguire il piano formativo concordato, nelle modalità confacenti alle peculiarità della U.O./Servizio scelto, al fine di perseguire l'obiettivo formativo di cui alla presente convenzione e si impegna a comunicare all'Ordine, promotore dell'iniziativa formativa, comportamenti e fatti incompatibili con detto fine.

8.2 Il frequentatore si impegna a non svolgere attività contrarie a quelle oggetto della presente convenzione e a segnalare le situazioni nelle quali dovesse essere impiegato o, comunque, coinvolto in attività di tal genere.

8.3 Pur non avendo alcun rapporto di impiego con l'Azienda, il frequentatore è tenuto a :

- prendere visione e rispettare le norme interne all'APSS e l'organizzazione delle attività, secondo le modalità indicate dal Direttore dell'Unità Operativa presso cui svolgerà la frequenza;
- osservare la normativa in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro (cfr. successivo punto 10), quella sulla riservatezza delle informazioni acquisite e la normativa in materia di *privacy*, che verranno fornite dall'Azienda;
- svolgere le attività previste nel piano formativo nel rispetto del codice deontologico e secondo le modalità e le indicazioni concordate con il *tutor* aziendale, documentando la propria presenza secondo le modalità richieste, con cadenza settimanale, relazionando oralmente al *tutor* dell'attività svolta;
- indossare la divisa fornita dall'APSS ed un tesserino di riconoscimento collocato in maniera visibile, con nome e cognome e la dicitura "*frequentatore*".

8.4 La violazione anche di uno solo degli obblighi di cui sopra dovrà essere segnalata dal *tutor* all'Azienda e all'Ordine e, nei casi più gravi, potrà comportare anche la revoca dell'autorizzazione alla frequenza.

8.5 L'Ordine vigilerà sulla correttezza deontologica del frequentatore, anche mediante controlli a campione effettuati dai Consiglieri dell'Ordine; eventuali condotte contrarie alle regole del Codice di Deontologia Medica saranno valutate e perseguite dalla competente commissione di disciplina ordinistica.

9. SOSPENSIONE

L'Ordine, su segnalazione ed in accordo con i *tutor*, potrà valutare la sospensione del percorso formativo per le seguenti ragioni:

- per tutta la durata del periodo di astensione obbligatoria dal lavoro di cui al D.lgs. 26 marzo 2001 n. 151;
- per la durata delle assenze che si prolunghino per un periodo uguale o superiore ad un quarto della durata prevista per la frequenza;
- in caso di particolari situazioni che impediscono all'Azienda di garantire lo svolgimento della frequenza.

10. OBBLIGHI DI SICUREZZA

10.1 Ai sensi del D.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, l'Ordine ha l'obbligo di formare ed informare i frequentatori sui rischi tipici generalmente connessi allo svolgimento delle attività di frequenza. È, invece, obbligo dell'Azienda, tramite il Responsabile U.O. informare il frequentatore sui rischi specifici dell'Unità Operativa alla quale sarà assegnato, assicurandosi che abbia preso visione dei documenti aziendali in materia di gestione della sicurezza dei lavoratori, nonché di sottoporre ad accertamenti sanitari il frequentatore, esposto a rischi specifici per i quali è prevista la sorveglianza sanitaria, secondo le modalità definite dal medico competente dell'Azienda.

10.2 Per tutta la durata del periodo di astensione obbligatoria dal lavoro di cui al D.lgs. 26 marzo 2001 n. 151 non possono essere autorizzate frequenze di unità operative, ove possano verificarsi condizioni di rischio per la salute della madre e del nascituro; se necessario, il percorso formativo potrà essere sospeso ai sensi del precedente punto 9.

11. COPERTURE ASSICURATIVE

11.1 Il frequentatore – oltre a possedere i requisiti per l'ammissione (cfr. punto 1.1) – deve provvedere personalmente a stipulare, con un primario istituto assicurativo, una apposita polizza, per gli infortuni che lo stesso possa subire nel corso e per causa della frequenza all'interno delle strutture aziendali ed in qualsiasi altro luogo (compresi i sinistri c.d. in *itinere*), di durata coincidente con il periodo di frequenza richiesto. Gli estremi di tale polizza vanno indicati nella domanda di ammissione (cfr. punto 5.3).

11.2 La copertura assicurativa richiesta deve prevedere espressamente l'operatività della garanzia in relazione all'attività di frequenza presso qualsiasi ente, compresi quelli pubblici, trattandosi di attività di carattere non professionale, né istituzionale.

11.3 L'Ordine dei Medici assicurerà il frequentatore in ordine alla copertura per infortuni sul lavoro presso l'INAIL, impegnandosi ad effettuare la denuncia di infortunio alla normativa vigente entro i termini previsti.

11.4 L'Azienda garantirà, invece, i frequentatori nell'ambito della propria polizza assicurativa R.C. terzi, relativamente all'attività prestata presso le strutture aziendali nell'ambito e nei limiti dell'attività svolta in esecuzione della presente convenzione, qualora non provvisti di propria polizza RCT.

11.5 In ragione di quanto sopra espressamente previsto, l'Ordine declina ogni e qualsiasi responsabilità per infortunio e per danni a cose e a persone.

OMISSIS...

PER PRESA VISIONE ED ACCETTAZIONE

IL RICHIEDENTE LA FREQUENZA

DATA _____

FIRMA

ALLEGATO 2 – INFORMATIVA COPERTURA ASSICURATIVA



INFORMATIVA RELATIVA ALLA COPERTURA ASSICURATIVA PER RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI E PER INFORTUNI.

A seguito della richiesta di autorizzazione alla frequenza si comunica alla S.V. che l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari garantisce i frequentatori con propria polizza assicurativa dalla responsabilità civile verso terzi per l'attività prestata presso le proprie strutture, con esclusione di rivalsa da parte dell'assicurazione nei loro confronti, salvo il caso in cui il danno sia dovuto a dolo o colpa grave accertati con sentenza passata in giudicato.

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari non garantisce, con oneri a proprio carico, la copertura assicurativa dei rischi da infortunio ed i frequentatori, che intendono svolgere periodi di frequenza volontaria a titolo gratuito, per i quali non sia garantita la copertura assicurativa per infortunio da parte dell'Ordine dei Medici della Provincia Autonoma di Trento, sono tenuti a dotarsi di assicurazione privata.

I capitali da assicurare consigliati non devono essere inferiori a € 150.000 - per il caso di morte e a € 150.000 - per il caso di invalidità permanente.

PER PRESA VISIONE

FIRMA DEL FREQUENTATORE

ALLEGATO 3 – FOGLIO PRESENZA



OSPEDALE/DISTRETTO/DIREZIONI

UNITA' OPERATIVA/SERVIZIO

FREQUENTATORE: COGNOME : NOME

FOGLIO-FIRMA relativo alle presenze del mese di: _____ Da RIPROPORRE MENSILMENTE

GIORNI	MATTINO		POMERIGGIO		TOTALE ORE	FIRMA
	ENTRATA	USCITA	ENTRATA	USCITA		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
					TOTALE ORE NEL MESE	

IL DIRETTORE U.O.

IL DIRETTORE OSPEDALE/DISTRETTO/DIREZIONE