

SCADENZA 11/03/2021

AVVISO PER L'AGGIORNAMENTO DELL'ELENCO DEI MEDICI TUTOR IN MEDICINA GENERALE PER LO SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO PREVISTO DALL'ART. 26 DEL D.L.VO 368/1999 NELL'AMBITO DEL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE.

RISERVATO AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E AI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

In attuazione al decreto del Direttore generale n. 9 del 18/01/2021, esecutivo ai sensi di legge, è bandito il presente avviso per titoli per la formazione di medici tutor per il corso di formazione specifica in medicina generale.

DESTINATARI

L'art. 26 del D.L.vo 368/1999, punto D) prevede, nell'ambito dei corsi di formazione specifica in medicina generale, di durata triennale, un periodo di formazione dei medici tirocinanti comprendente attività medica guidata ambulatoriale e domiciliare, presso un medico tutor convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale così articolato:

- 12 mesi presso un ambulatorio di un medico di medicina generale (MMG)
- 2 mesi presso un ambulatorio di un pediatra di libera scelta.

Il presente avviso intende raccogliere le disponibilità dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta che, in possesso dei requisiti di seguito descritti, e previo svolgimento di un corso di formazione, sono disponibili ad assolvere a tale ufficio.

I medici, concluso il percorso di formazione, vengono inseriti in apposito elenco regionale, dal quale di provvederà ad attingere i medici tutor per l'affiancamento degli studenti del corso di formazione specifica in medicina.

REQUISITI GENERALI DI PARTECIPAZIONE

Possono partecipare all'avviso i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta in possesso dei seguenti requisiti, che devono essere posseduto alla data di scadenza della domanda:

1) essere un medico di medicina generale o un pediatra di libera scelta convenzionato con un'Azienda per l'Assistenza Sanitaria del Servizio Sanitario regionale del Friuli-Venezia Giulia;

2) essere:

- convenzionato con il SSN da almeno 10 anni;

in subordine

- essere convenzionato con il SSN da almeno 5 anni ed essere in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale

3) avere un numero di assistiti non inferiore a 750;

4) svolgere in via esclusiva attività di medico di medicina generale o di pediatra di libera scelta.

DOMANDA

La domanda di partecipazione all'avviso redatta secondo il *fac simile* allegato al presente avviso dovrà essere prodotta **esclusivamente via PEC** entro le ore 24.00 del giorno di scadenza.

La domanda di partecipazione deve essere indirizzata al Direttore generale di ARCS e contenere tutte le informazioni (requisiti specifici di ammissione, titoli di carriera ed esperienze professionali, etc) dovranno essere indicate in modo preciso ed esaustivo in quanto si tratta di dati sui quali verrà A completamento della domanda va allegata una copia del documento di riconoscimento valido.

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda di partecipazione al presente avviso redatta su carta semplice secondo lo schema esemplificativo allegato, debitamente sottoscritta e datata, è indirizzata ad Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute deve pervenire entro e non oltre il giorno fissato come termine di scadenza via PEC arcs@certsanita.fvg.it all'indirizzo secondo le modalità previste dall'art. 65 del D.lgs. n. 82 del 7.3.2005 e s.m.e.i.

La domanda potrà essere inviata anche da una casella di posta elettronica ordinaria purché personale e con allegato un documento di identità valido.

Le domande si considerano prodotte in tempo utile purché entro il termine di scadenza del presente avviso. A tal fine fa fede il messaggio di invio della PEC.

Non saranno prese in considerazione istanze pervenute con modalità o in termini non conformi a quelli indicati.

TERMINE DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda di partecipazione all'avviso deve pervenire entro e non oltre il giorno di scadenza indicato sul frontespizio del presente avviso.

Il suddetto termine è perentorio e pertanto le domande e/o la relativa documentazione pervenute dopo la scadenza di tale termine saranno inammissibili, così come l'eventuale riserva di successivo invio di documenti è priva di effetto.

L'Azienda declina sin d'ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte dell'aspirante, oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo nella domanda, o per eventuali disguidi postali o telegrafici, o per eventuali disguidi tecnici-informatici non imputabili a responsabilità dell'Azienda, ma a fatti di terzi, caso fortuito e forza maggiore

PUBBLICAZIONE

Il presente avviso e il *fac simile* della domanda è pubblicato sul sito internet aziendale alla pagina: <https://arcs.sanita.fvg.it/it/aree-tematiche/formazione/ceformed-centro-regionale-di-formazione-per-larea/corso-di-formazione-specifica-in-medicina-generale/bandi-e-avvisi/>

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali forniti dai partecipanti all'avviso saranno trattati da ARCS ai sensi del D.L.vo n.196/2003 e D.L.vo n.101/2018 per le finalità di gestione del concorso.

Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione.

Le medesime informazioni potranno essere utilizzate unicamente per le finalità di cui all'avviso.

I dati forniti potranno essere messi a disposizione di coloro che dimostrando un interesse attuale e concreto nei confronti della procedura, ne facciano espressa richiesta ai sensi dell'art. 22 della L.241/1990 s.m.i..

L'interessato ha diritto, ai sensi del D.L.vo 101/2018, di conoscere i dati che lo riguardano, di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, il completamento, la cancellazione o il blocco in caso di violazione di legge, nonché il diritto di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, nel rispetto tuttavia dei termini perentori previsti per la procedura di cui trattasi.

I dati conferiti saranno oggetto di trattamento da parte dei competenti uffici con modalità sia manuale che informatizzata e che il titolare del trattamento è l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS).

ISTRUTTORIA

A tutti i medici partecipanti verrà data comunicazione degli esiti della istruttoria.

I medici in possesso dei requisiti verranno invitati a partecipare al corso di formazione che verrà organizzato da ARCS, compatibilmente con le disposizioni previste per la erogazione della formazione durante il periodo emergenziale.

I medici che avranno concluso positivamente il percorso di formazione verranno inseriti nell'elenco regionale dei tutor.

Verranno redatti due elenchi separati in base alla anzianità nella convenzione con il SSN dei medici partecipanti all'avviso. Si attingerà prioritariamente all'elenco dei medici con almeno 10 anni di convenzione con il SSN.

L'elenco verrà pubblicato sul sito di ARCS alla pagina: <https://arcs.sanita.fvg.it/it/aree-tematiche/formazione/ceformed-centro-regionale-di-formazione-per-larea/corso-di-formazione-specifica-in-medicina-generale/attivita-teorica/>

AVVERTENZE

I medici già inseriti nell'elenco regionale dei tutor pubblicato sul sito ARCS:

<https://arcs.sanita.fvg.it/it/aree-tematiche/formazione/ceformed-centro-regionale-di-formazione-per-larea/corso-di-formazione-specifica-in-medicina-generale/attivita-teorica/>

non devono ripresentare domanda.

COMUNICAZIONI

L'indirizzo di posta utilizzato dal candidato per la presentazione della domanda sarà utilizzato dall'Azienda anche per successive comunicazioni riguardanti l'avviso.

DISPOSIZIONI FINALI

ARCS si riserva la facoltà di modificare, sospendere, revocare, prorogare la procedura per ragioni di pubblico interesse o di non darvi corso, in tutto o in parte, a seguito di sopravvenuti vincoli legislativi e/o finanziari ovvero della variazione delle esigenze organizzative.

Per quanto non espressamente previsto dal presente bando, valgono le norme vigenti in materia.

La presentazione della domanda comporta l'accettazione incondizionata delle norme contenute nel presente bando.

Udine,

IL DIRETTORE GENERALE
dott. Giuseppe TONUTTI

Al Direttore Generale
della Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute
Trasmissione esclusivamente via pec
arcs@certsanita.fvg.it

Oggetto: Domanda di partecipazione all'Avviso per l'aggiornamento dell'elenco dei Medici Tutor nell'ambito del Corso di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D. Lvo 368/1999.

Il/La sottoscritto/a _____ (Cognome e Nome)

nato/a _____ (prov: _____) Stato _____ il _____

codice fiscale _____

residente a _____ (prov. _____) (cap) _____

via/piazza _____ n. civico _____

e-mail personale _____

P.E.C. personale _____

Recapito tel. _____ cellulare _____

Convenzionato con l'Azienda: _____

STUDIO MEDICO

Sede dello studio Medico (città) _____ prov.(_____) (cap) _____

in via/piazza _____ n. civico _____

e-mail studio (stampatello) _____

Recapito tel. studio _____ cellulare _____

Orari di studio:

Lunedì _____

Martedì _____

Mercoledì _____

Giovedì _____

Venerdì _____

Sabato _____

chiede

di poter svolgere le funzioni di tutore per la formazione di cui al D.Lvo n. 368/1999, quale Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera Scelta convenzionato con il SSN, e di essere ammesso/a alla SELEZIONE PER MEDICI TUTOR PER LO SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO PREVISTO DALL'ART.26 DEL D.L.VO 368/99 NELL'AMBITO DEL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE, come da Decreto del Direttore Generale di ARCS n.----- dd.-----

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 dello stesso Decreto, per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

dichiara

- di essere iscritto all'albo professionale dell'Ordine dei Medici di _____ dal _____;
- di essere convenzionato con un'Azienda per l'Assistenza Sanitaria del FVG;
- di essere convenzionato con il SSN da almeno _____ anni
- di essere attualmente convenzionato con l'Azienda _____ dal _____
- di avere n. _____ assistiti in carico al momento di presentazione della domanda;
- svolgere l'attività esclusiva di Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta;

Fornisce le seguenti informazioni in merito all'organizzazione dell'attività (barrare la scelta corretta):

- organizzazione per l'accesso in studio prevalentemente su appuntamento: SI' NO
- disporre di locali adeguati all'attività formativa: SI' NO
- utilizzo di sistemi informatici di gestione delle cartelle cliniche collegati in rete con appositi programmi dedicati accreditati CICOM – SI' NO
- far parte/partecipare alla medicina di gruppo in sede unica: SI' NO
- disporre di personale di segreteria: SI' NO
- disporre di personale infermieristico: SI' NO
- partecipare/svolgere progetti di ricerca: SI' NO
- avere svolto attività di Tutor per i corsi di formazione specifica in Medicina Generale CeForMed o analoga Scuola di formazione specifica di altre Regioni SI' NO

Dichiara inoltre di:

- essere in possesso del diploma di formazione specifica in Medicina Generale CeForMed o analoga scuola di formazione di altre Regioni: SI' NO
- di avere conseguito il diploma di formazione specifica in Medicina Generale presso _____ in data _____
- dare la totale disponibilità a frequentare lo specifico corso di formazione professionale previsto e tutti gli ulteriori futuri specifici percorsi formativi eventualmente organizzati dalla regione FVG, per il mantenimento della funzione;
- accettare tutte le disposizioni del presente avviso di selezione;

Se diverso dall'indirizzo sopra riportato per ogni comunicazione, indicare il proprio recapito

città _____ (prov _____)

c.a.p. _____ via/Piazza _____ n. _____

impegnandosi a comunicare eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'Amministrazione non si assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario;

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali per le attività relative alla procedura in oggetto, allo svolgimento del corso e per ogni altra finalità ad esso correlata.

Data_____

Firma_____

Allega alla presente domanda la seguente documentazione:

- curriculum formativo e professionale in formato europeo autocertificato datato e firmato;
- copia fotostatica di un valido documento di identità del sottoscrittore (art. 38 del DPR445/2000).