

Scadenza: 30 maggio 2023

AVVISO DI SELEZIONE: Comitato esecutivo del Centro Regionale di Formazione per l'Assistenza Sanitaria - CEFORMED: SOSTITUZIONE COMPONENTE SPECIALISTA AMBULATORIALE, VETERINARIO O ALTRA PROFESSIONALITÀ SANITARIA AMBULATORIALE.

In esecuzione del decreto del Direttore Generale n. 105 del 09 maggio 2023 è indetto l'avviso di selezione di 1 componente del Comitato Esecutivo del CeForMed – specialista ambulatoriale, veterinario o altra professionalità sanitaria ambulatoriale.

1 - OGGETTO DELL'INCARICO

Lo specialista ambulatoriale incaricato dovrà assicurare la gestione delle attività didattiche e formative del CEFORMED.

Il comitato esecutivo è composto da cinque componenti di cui:

- Tre medici di medicina generale
- Un pediatra di libera scelta
- Uno specialista ambulatoriale, veterinario o altra professionalità sanitaria ambulatoriale

Nell'ambito dell'espletamento delle proprie competenze sono previste le seguenti specifiche Aree tematiche di lavoro e precisamente:

- Area della formazione specifica dei medici di medicina generale;
- Area della Formazione continua dei medici di medicina generale e della continuità assistenziale;
- Area della formazione continua dei Pediatri di libera scelta;
- Area della formazione dei medici specialisti ambulatoriali interni e delle altre professionalità ambulatoriali;
- Area della formazione sulla prevenzione dell'età evolutiva e transizione dell'età adulta;
- Area ricerca e sviluppo

Alle suddette aree di lavoro sono preposti i componenti del comitato esecutivo cui è assegnato il relativo budget, destinato alla gestione delle attività formative correlate alle singole aree di riferimento, che comunque svolgono le proprie competenze con autonomia professionale.

2 - COMPENSO

Per ciascuno dei componenti del comitato esecutivo è previsto il compenso annuo lordo onnicomprensivo degli oneri previdenziali di euro 12.000,00 (maggiorato del 20% per il solo Direttore scientifico) attraverso una corresponsione frazionata mensile corrispondente al periodo di effettiva durata dell'incarico.

3 - REQUISITI PER LA PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE

Possono partecipare al presente avviso esclusivamente gli specialisti ambulatoriali, veterinari o altra professionalità ambulatoriale che alla data di scadenza del termine stabilito dal presente avviso:

- 1) abbiano un rapporto convenzionale con il Servizio Sanitario Regionale del Friuli Venezia Giulia;
- 2) abbiano maturato almeno 10 (dieci) anni di rapporto convenzionale con il Servizio Sanitario;

Tutti i requisiti prescritti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dal presente avviso per la presentazione della domanda e del curriculum formativo e professionale.

Il difetto anche di uno solo dei requisiti prescritti comporta la non ammissione.

La segreteria del Cefomed verificherà, preventivamente, il possesso da parte dei candidati dei requisiti specifici per la partecipazione alla selezione disponendo in mancanza anche di uno solo dei suddetti requisiti l'esclusione dalla procedura. L'ammissione e l'esclusione sono disposte con determinazione del Direttore della SC Centro Regionale Formazione. L'eventuale esclusione verrà comunicata all'interessato via PEC entro 10 giorni dalla data esecutività della stessa determinazione.

4 - DOMANDA DI AMMISSIONE E MODALITA' DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA SELETTIVA

La domanda di ammissione, redatta in carta libera utilizzando obbligatoriamente lo schema allegato, deve essere inoltrata a pena di esclusione entro la scadenza riportata nella prima pagina del presente avviso. La domanda debitamente sottoscritta dal candidato può essere presentata esclusivamente con la seguente modalità: trasmissione tramite utilizzo della casella personale di Posta Elettronica Certificata (PEC) al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata di ARCS arcs@certsanita.fvg.it.

La domanda dev'essere inviata in un unico file in formato PDF unitamente alla fotocopia del documento d'identità del candidato in corso di validità e al curriculum professionale, datato e firmato dall'aspirante e autocertificato ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.e.i., redatto secondo lo schema esemplificativo allegato al presente avviso.

Il messaggio dovrà avere per oggetto: "(cognome nome): Avviso di selezione: comitato esecutivo del centro regionale di formazione per l'assistenza sanitaria - cefomed: sostituzione componente specialista ambulatoriale, veterinario o altra professionalità sanitaria ambulatoriale

Le domande che non soddisfino i requisiti sopra indicati di formato, saranno considerate irricevibili, con conseguente esclusione dei candidati dalla procedura. La validità della trasmissione e ricezione della corrispondenza è attestata, rispettivamente, dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna. L'Azienda non si assume responsabilità in caso di impossibilità di apertura dei file.

È esclusa ogni altra forma di presentazione o trasmissione. Il mancato rispetto delle predette modalità di inoltro e sottoscrizione della domanda o l'omessa indicazione dei requisiti per l'ammissione determina l'esclusione dalla procedura. Il termine fissato per la presentazione della domanda e della fotocopia del documento d'identità è perentorio: l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto. L'Azienda non assume responsabilità per la dispersione di documentazione derivante da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente, né per eventuali disguidi di recapito della

documentazione o comunque imputabili a terzi, a caso fortuito o forza maggiore. La domanda deve essere inviata utilizzando obbligatoriamente lo schema allegato predisposto già in forma di dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR n. 445/2000.

4.1 – DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA

A completamento della presentazione della domanda ad essa vanno obbligatoriamente allegati oltre alla fotocopia del documento d'identità, a pena di esclusione, scansione di:

- un curriculum vitae aggiornato, datato e firmato il redatto secondo lo schema esemplificativo allegato al presente avviso
- testo integrale di pubblicazioni edite a stampa.

5 - PROCEDURA SELETTIVA

La valutazione dei curricula verrà effettuata dalla Commissione di valutazione così come individuata ai sensi del decreto n. 1061/SPS dd. 25/08/2016 del Direttore Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria, Politiche Sociali e Famiglia della Regione Friuli Venezia Giulia, che sarà formata da un direttore di Distretto, da un dirigente preposto a un servizio di formazione delle aziende sanitarie e dal direttore dell'Area di riferimento o altro dirigente da lui delegato, oltre ad un rappresentante dell'area contrattuale oggetto di selezione in via congiunta degli Ordini provinciali dei medici chirurghi e odontoiatri della Regione.

Criteri di valutazione:

- 1) i punteggi, in sede di valutazione, saranno preventivamente stabiliti da parte della Commissione.
- 2) sempre in sede di valutazione, saranno preventivamente individuati i criteri per valutare eventuali incompatibilità e la possibilità di rimuoverle, prima del conferimento degli incarichi.

Elementi da valutare:

- Esperienze didattiche in corsi di formazione;
- Esperienza tutoriale;
- Partecipazione a progetti di ricerca;
- Organizzazione di convegni (anche locali) di società scientifiche di risonanza nazionale o regionale;
- Esperienze didattiche e partecipazione a progetti strutturati di prevenzione (oltre a quelli previsti dalla convenzione);
- Altre esperienze didattiche;
- Esperienze organizzative in ambito di cure primarie (es: responsabile organizzativo di progetti aziendali/distrettuali, nuove forme organizzative della medicina generale (CAP - AFT), ecc.);
- Responsabile di aree o attività presso il Centro Regionale di Formazione per l'assistenza sanitaria (CEFORMED) o equipollenti;
- Altri titoli di studio.
- Pubblicazioni quali autore o in collaborazione.

6 - TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi degli art.13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e del Codice Privacy, come novellato dal D. Lgs. n.101/2018, si informano i candidati che il trattamento dei dati personali da essi forniti in sede di

partecipazione all'avviso o comunque acquisiti a tal fine da ARCS, quale Titolare del trattamento, è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività in oggetto ed avverrà a cura delle persone preposte al procedimento autorizzate al trattamento dati e da parte della commissione di valutazione. I dati saranno trasmessi con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi. Il conferimento di tali dati è necessario per verificare i requisiti di partecipazione e il possesso di titoli e la loro mancata indicazione può precludere tale verifica. Ai candidati sono riconosciuti i diritti di cui agli artt.15 e ss. del GDPR, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento, nonché di opporsi al loro trattamento, rivolgendo le richieste ad ARCS ovvero al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) raggiungibile al seguente indirizzo: rpd@arcs.sanita.fvg.it . Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento europeo hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art.79 del Regolamento).

Per ulteriori informazioni relative al trattamento dei dati personali dei candidati consultare l'informativa privacy estesa pubblicata sul sito istituzionale di ARCS all'indirizzo: <https://arcs.sanita.fvg.it/it/arcs/policy-arcs-materia-protezione-dati-personali/modello-organizzativoprivacy-mop/informative-privacy/>".

7 - NORME DI SALVAGUARDIA

Si precisa che l'incompleta o errata segnalazione nella domanda dei dati richiesti, sarà considerata quale requisito non posseduto.

La partecipazione alla procedura, l'accettazione e lo svolgimento dell'incarico, non comportano l'instaurazione di un rapporto di dipendenza o lavoro convenzionale, né con ARCS, né con il Servizio Sanitario Nazionale.

L'Azienda si riserva la facoltà, a suo insindacabile giudizio, di prorogare, sospendere o revocare in tutto o in parte la presente procedura qualora ne rilevasse la necessità e l'opportunità per ragioni di pubblico interesse o in presenza di diverse determinazioni nazionali e/o regionali in materia, senza che i partecipanti alla selezione possano avanzare pretese o diritti di sorta.

Con la partecipazione alla presente procedura è implicita, da parte degli aspiranti, l'accettazione senza riserve di tutte le prescrizioni in esso contenute.

INFORMAZIONI: Per eventuali ulteriori informazioni nella compilazione della domanda gli interessati possono rivolgersi alla segreteria del Cefomed - telefono 0481 487292 – dal lunedì al venerdì, ore 9.00-13.00.

IL DIRETTORE GENERALE
JOSEPH POLIMENI
firmato digitalmente

Il/La sottoscritto/a _____ (cognome e nome – scrivere in stampatello)

CHIEDE DI PARTECIPARE ALL' AVVISO DI SELEZIONE: Comitato esecutivo del Centro Regionale di Formazione per l'Assistenza Sanitaria - CEFORMED: SOSTITUZIONE COMPONENTE SPECIALISTA AMBULATORIALE, VETERINARIO O ALTRA PROFESSIONALITÀ SANITARIA AMBULATORIALE.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n.445 e s.m.i., concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, e consapevole delle sanzioni penali previste all'art.76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

(barrare le caselle corrispondenti alla scelta e compilare gli spazi vuoti inserendo in stampatello i dati richiesti)

di essere nat_ a _____ Prov. _____ il ___/___/_____

codice fiscale _____

di risiedere a _____ Cap. _____ Prov. _____ via _____ n° _____

cellulare _____

Posta Elettronica Certificata (PEC) _____

e-mail ordinaria _____

che ogni necessaria comunicazione venga inviata al seguente indirizzo (in caso di mancata indicazione vale l'indirizzo di residenza sopraindicato): Posta Elettronica Certificata (PEC) _____

di essere a conoscenza circa l'obbligo di comunicare gli eventuali cambi di indirizzo all'ARCS, la quale non assume responsabilità alcuna in caso di irricevibilità delle comunicazioni presso l'indirizzo sopra riportato;

di essere in possesso della cittadinanza italiana;

oppure di essere in possesso del permesso di soggiorno valido fino al _____ rilasciato per _____;

di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____;

oppure di non essere iscritto, motivo _____;

di non avere riportato condanne penali;

oppure di avere riportato le seguenti condanne penali:

_____;

di non avere procedimenti penali pendenti;

oppure di avere i seguenti procedimenti penali pendenti:

_____;

(da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale)

di non godere del trattamento di quiescenza;

di avere in essere il rapporto convenzionale con il Servizio Sanitario della Regione Friuli Venezia Giulia, in particolare con l'Azienda_____

di aver maturato almeno 10 (dieci) anni di rapporto convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale, in particolare per anni / mesi /luoghi / Aziende: _____

ALLEGA scansione di:

- un documento di identità valido
- un curriculum vitae aggiornata, datato e firmato il redatto secondo lo schema esemplificativo allegato al presente avviso
-
- testo integrale di pubblicazioni edite a stampa.

Data _____

Firma

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO CURRICULUM VITAE

Il sottoscritto _____

Nato a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 28.12.2000, n.445, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti titoli:

1. TITOLI DI STUDIO:

▪ diploma di Laurea in _____

conseguito in data _____ presso _____

▪ diploma di specializzazione in _____

conseguito in data _____ presso _____

▪ altri titoli di studio (master, corsi di perfezionamento, dottorati di ricerca...)

titolo: _____

conseguito in data _____ presso _____

Iscrizione all'albo dei medici della provincia di _____ Dal _____ n. pos. _____

2. ESPERIENZE DIDATTICHE IN CORSI DI FORMAZIONE:

Ditta/Ente/CEFORMED	
Tipologia di corso	
Argomento	
Ruolo/Periodi/Durata	

3. ESPERIENZA TUTORIALE:

Ditta/Ente/CEFARMED	
Tipologia di corso	
Argomento	
Periodi/Durata	

4. PARTECIPAZIONE A PROGETTI DI RICERCA:

Descrizione:

5. ORGANIZZAZIONE DI CONVEGNI (anche locali) DI SOCIETA' SCIENTIFICHE DI RISONANZA NAZIONALE E/O REGIONALE:

Descrizione:

Ditta/Società	
Evento	
Ruolo/Periodi/Durata	

6. ESPERIENZE DIDATTICHE E PARTECIPAZIONE A PROGETTI STRUTTURATI DI PREVENZIONE (oltre a quelli previsti dalla Convenzione):

Descrizione:

7. ALTRE ESPERIENZE DIDATTICHE

Ditta/Ente/CEFARMED	
Tipologia di corso	

Argomento	
Ruolo/Periodi/Durata	

8. ESPERIENZE ORGANIZZATIVE IN AMBITO DI CURE PRIMARIE (es. responsabile organizzativo di progetti aziendali,/distrettuali, nuove forme organizzative della medicina generale, CAP, AFT, ecc.).

Descrizione:

9. RESPONSABILE DI AREE O ATTIVITA' PRESSO IL CENTRO REGIONALE DI FORMAZIONE PER L'AREA DELLE CURE PRIMARIE (CEFOMED) O EQUIPOLLENTI:

Descrizione:

10. ALTRI TITOLI DI STUDIO:

Elenco e descrizione:

11. PUBBLICAZIONI QUALE AUTORE O IN COLLABORAZIONE:

AUTORE - indicare i titoli dei singoli articoli o pubblicazioni e gli estremi della rivista allegando copia della pubblicazione

<u>TITOLO ARTICOLO, ESTREMI DELLA RIVISTA</u>
<u>1.</u>
<u>2.</u>
<u>3.</u>

4.
5.
6.

IN COLLABORAZIONE - indicare i titoli dei singoli articoli o pubblicazioni e gli estremi della rivista allegando copia della pubblicazione

<u>TITOLO ARTICOLO, ESTREMI DELLA RIVISTA</u>
1.
2.
3.
4.
5.
6.

➤ Altre informazioni:

Dichiara di manifestare il proprio consenso, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Codice Privacy, come novellato dal D. Lgs. n.101/2018, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali, per le finalità e nei limiti di cui al bando e subordinatamente al puntuale rispetto della vigente normativa.

Data, _____

Firma
