

Allegato 2

OGGETTO: DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELL'ELENCO DEI DOCENTI PER L'ATTIVITÀ FORMATIVA DEL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE (D.LGS. 368/1999) E DEL CENTRO PER LA FORMAZIONE IN SANITÀ (ART. 37 LR 22/2019).

Il sottoscritto/a:

(scrivere in stampatello)

COGNOME _____ NOME _____

codice fiscale _____ nato/a _____ Prov. _____ il ____/____/____

residente in _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via / Piazza _____ n. _____

Recapiti telefonici _____

Indirizzo di posta elettronica certificata _____

Indirizzo di posta elettronica ordinaria _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso di selezione per l'istituzione dell'elenco dei docenti nell'ambito del Corso di formazione specifica in medicina generale e del Centro per la formazione in Sanità, a tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e ss.mm.ii., 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 di

- a) avere cittadinanza italiana o di altro Paese dell'Unione Europea, salvo ulteriori equiparazioni stabilite dalla legge;
- b) godere dei diritti civili e politici;
- c) non essere in condizioni che limitino od escludano, a norma di legge, la capacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- d) non aver riportato condanne penali, con sentenza passata in giudicato e/o procedimenti penali pendenti noti all'interessato per reati che comportano l'interdizione dai pubblici uffici;
- e) insussistenza delle cause ostative previste dalla normativa vigente;
- f) di possedere i seguenti requisiti specifici di ammissione:

- essere in possesso del Diploma/Diploma di Laurea in _____ conseguito in data _____ presso l'Istituto/l'Università _____;
- essere regolarmente iscritto all'Ordine/Albo professionale _____ della Provincia di _____, posizione n. _____ dalla data del _____;
- essere medico del ruolo unico di assistenza primaria convenzionato con la seguente Azienda sanitaria _____;
- essere pediatra di libera scelta convenzionato con la seguente Azienda sanitaria _____;
- essere medico specialista del SSN (indicare specialità) _____ dipendente/convenzionato della seguente Azienda sanitaria _____;
- altro (indicare ambito professionale) _____;
- essere disponibile a svolgere l'attività di docente per i tirocinanti del CEFORMED;
- acconsentire al trattamento dei dati personali forniti nei termini di cui al Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati" e del D. Lgs. n.196 del 30/6/2003 "Codice per la tutela dei dati personali" e ss.mm. e ii. per le finalità inerenti alla gestione dell'avviso per l'istituzione dell'elenco regionale dei docenti. Con l'iscrizione dichiara di aver preso visione dell'informativa estesa reperibile sul sito aziendale alla sezione "Policy in materia di protezione dei dati personali" disponibile al seguente link: <https://arcs.sanita.fvg.it/it/arcs/policy-arcs-materia-protezione-dati-personali/modello-organizzativo-privacy-mop/informative-privacy/>

Allegati:

- fotocopia di valido documento di riconoscimento (fronte e retro);
- curriculum vitae professionale, aggiornato alla data di presentazione della candidatura, in formato PDF accessibile e sottoscritto digitalmente e in formato word;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sull'insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità;
- appendice aree di interesse animatori di formazione e docenti per l'attività formativa del Corso di formazione specifica in medicina generale (D.lgs. 368/1999) e del Centro per la formazione in Sanità (art. 37 LR 22/2019) compilata.

Data e luogo della firma digitale _____

Firma digitale _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ

(ARTT. 46 e 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (prov. ____) il _____,
residente a _____ in Via _____
codice fiscale _____, recapito telefonico _____
pec _____, presa visione della normativa introdotta dal d.lgs.
n. 39/2013 *"Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, ai sensi dell'art. 1, commi 49 e 50 della Legge 6 novembre 2012 n. 190"*, consapevole della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 del D.P.R. 445/2000 e delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

di non trovarsi:

- in alcuna delle situazioni di inconferibilità e/o incompatibilità che possano impedire lo svolgimento dell'incarico di docente nell'ambito del Corso di formazione specifica in medicina generale (d.lgs. 368/1999) e del Centro per la formazione in Sanità (art. 37 LR 22/2019);
- in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi rispetto alle attività previste dall'incarico per il quale si chiede l'iscrizione all'elenco.

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente all'Azienda qualsiasi variazione rispetto al contenuto della presente dichiarazione.

Data e luogo della firma digitale

Firma digitale _____

Appendice aree di interesse animatori di formazione e docenti per l'attività formativa del Corso di formazione specifica in medicina generale (D.lgs. 368/1999) e del Centro per la formazione in Sanità (art. 37 LR 22/2019);

Barrare la/e casella dell'elenco relativa/e all'i area/e tematica/he e settore/i didattico/i a cui si è interessati

CLINICA TECNICA-PROFESSIONALE – settori didattici

- ☐ Medicina generale e specialistica
- ☐ Chirurgia generale e specialistica
- ☐ Emergenza e cure intensive
- ☐ Fisio-Cardio-Celebro vascolare
- ☐ Materno-infantile
- ☐ Ortopedia e riabilitazione
- ☐ Assistenza primaria
- ☐ Medicina dei servizi e trasfusionale
- ☐ Salute mentale e Dipendenze

PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE – settori didattici

- ☐ Igiene e Sanità pubblica
- ☐ Promozione di corretti stili di vita
- ☐ Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro
- ☐ Sanità veterinaria

POLITICHE DI SALUTE E WELFARE– settori didattici

- ☐ Programmazione sanitaria
- ☐ Epidemiologia e Biostatistica
- ☐ Valutazione e gestione delle tecnologie e dell'innovazione in Sanità
- ☐ Sociosanitario

MANAGEMENT – settori didattici

- ☐ Risorse umane
- ☐ Comunicazione e competenze relazionali
- ☐ Sicurezza e ambiente
- ☐ Qualità e innovazione
- ☐ Etica e umanizzazione in Sanità
- ☐ Logistica
- ☐ Sistemi informativi e ITC

GIURIDICO TECNICA – settori didattici

- ☐ Area gestione del personale
- ☐ Giuridico-legale e assicurativa
- ☐ Ingegneria biomedicale

FORMAZIONE E SVILUPPO PER FORMATORI

- ☐ Formazione e sviluppo per formatori
- ☐ Formazione, sviluppo comunicativo e potenziamento individuale

ALTRO: specificare

- ☐ _____