

Allegato 2

Oggetto: DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELL'ELENCO DEI MEDICI TUTOR PER LO SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO PREVISTO DALL'ART. 26 DEL D. LGS. 368/1999 NELL'AMBITO DEL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE.

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 medici tutor per lo svolgimento del tirocinio previsto dall'art. 26 del D. lgs. 368/1999 e ss.ii.mm. nell'ambito del Corso di formazione specifica in medicina generale e, 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:

1) essere:

- ☐ medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta
- ☐ medico pediatra di libera scelta,

2) essere convenzionato con la seguente Azienda del Servizio Sanitario regionale del Friuli-Venezia Giulia _____;

3) come previsto dall'art. 27 del D. Lgs. 368/1999 e dagli AA.CC.NN vigenti, di essere convenzionato con il SSN da almeno 5 anni e, solo per i MMG, essere in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale. In questo caso indicare in quale anno questo è stato conseguito: nel _____ (indicare anno).

Si precisa che ai fini del calcolo dell'anzianità di convenzionamento verranno considerati relativamente:

- agli incarichi a ciclo di scelte (ex incarichi di assistenza primaria), gli incarichi provvisori e a tempo indeterminato;
- agli incarichi a quota oraria (ex incarichi di continuità assistenziale), gli incarichi a tempo indeterminato.

4) avere un numero di assistiti pari almeno alla metà del massimale vigente;

5) accettare che l'iscrizione nell'Elenco Tutor sarà acquisita e mantenuta a condizione della frequenza del corso di formazione per chi svolgerà le funzioni di tutor, organizzato e gestito dal CEFORMED. Il corso può essere frequentato preventivamente, nell'ambito degli ultimi 12 mesi, in attesa di maturare i requisiti necessari per l'iscrizione nell'elenco;

6) essere disponibile a svolgere l'attività di tutor per i tirocinanti del CEFORMED;

7) 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'aggiornamento

dell'elenco dei medici tutor in medicina generale per lo svolgimento del tirocinio previsto dall'art. 26 del D. Lgs. 368/1999 nell'ambito del corso di formazione specifica in medicina generale. 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/>

Si allega:

- 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

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 tutor nell'ambito del Corso di formazione specifica in medicina generale (D.Lgs. 368/1999;
- 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 _____