

SCADENZA 28/04/2022

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

In attuazione al decreto del Direttore generale n. 55 del 06/04/2022, esecutivo ai sensi di legge, è bandito il presente avviso per la formazione di medici tutor per il corso di formazione specifica in medicina generale.

1 - DESTINATARI

L'art. 26 del D. Lgs. 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.

Gli incarichi di tutoraggio verranno affidati d'ufficio dalla Segreteria del Cefomed esclusivamente agli iscritti nel predetto elenco regionale. La Segreteria applicherà i seguenti criteri elencati in ordine di priorità per l'abbinamento tutor – medico in formazione:

- Rotazione degli incarichi nel rispetto del principio di trasparenza
- Accessibilità del medico in formazione all'ambulatorio del tutor (minor distanza tra ambulatorio e domicilio del tirocinante e/o disponibilità di mezzi di trasporto pubblici tra i due)

2 – DOMANDA DI AMMISSIONE E MODALITÀ DI PRESENTAZIONE

La domanda di ammissione, redatta in carta libera utilizzando obbligatoriamente lo schema allegato, predisposto già in forma di dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR n. 445/2000, 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 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 unitamente a scansione di un documento d'identità in corso di validità e di un curriculum vitae aggiornato, in formato word. Il messaggio dovrà avere per oggetto: "(cognome nome) 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".

Le domande inviate da una casella di posta elettronica non certificata o 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 documentazione è perentorio: la 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 postali o comunque imputabili a terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

2.1 – DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA

A completamento della presentazione della domanda ad essa va allegata obbligatoriamente, a pena di esclusione, scansione di:

- un documento di identità in corso di validità
- un curriculum vitae aggiornato in formato word

3 - TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali forniti dal candidato saranno trattati da ARCS nei termini di cui al Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati", nel D. lgs. n.196 del 30/6/2003 "Codice per la tutela dei dati personali" e s.m.i. per le finalità inerenti la gestione dell'avviso e dell'inserimento dell'elenco regionale dei tutor dei medici di medicina generale. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione. 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.241/90 s.m.i.. L'interessato ha diritto, ai sensi del D. lgs. 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. Si informa che 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).

4- DISPOSIZIONI FINALI

Si precisa che l'incompleta o errata segnalazione nella domanda in questione dei dati richiesti, sarà considerata quale requisito non posseduto e che, in ogni caso, il presente avviso non vincola in alcun modo ARCS che si riserva di non dare corso alla presente procedura.

L'Azienda si riserva la facoltà, a suo insindacabile giudizio, di prorogare, sospendere o revocare in tutto o in parte il presente Avviso 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.

La partecipazione all'Avviso, la frequenza del corso di formazione previsto e il successivo inserimento nell'Elenco Regionale del Friuli Venezia Giulia dei tutor, non comportano l'instaurazione di un rapporto di dipendenza o lavoro convenzionale, né con ARCS, né con il Servizio Sanitario Nazionale.

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

INFORMAZIONI: Per eventuali dubbi o difficoltà 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
GIUSEPPE TONUTTI
firmato digitalmente

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

CHIEDE DI PARTECIPARE ALL'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. RISERVATO AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E AI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

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 _____ chiede che ogni necessaria comunicazione venga inviata al seguente indirizzo Posta Elettronica Certificata (PEC) _____

di essere a conoscenza circa l'obbligo di comunicare gli eventuali variazioni di indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) ad ARCS, la quale non assume responsabilità alcuna in caso di irricevibilità delle comunicazioni presso l'indirizzo sopra riportato;

1) di essere:

- a) un medico di medicina generale
- b) un pediatra di libera scelta

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

2) di essere:

a) convenzionato con il SSN da almeno 10 anni; in subordine

- b) essere convenzionato con il SSN da almeno 5 anni ed essere in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale. In questo caso indicare in anno questo è stato conseguito_____
- 3) di avere un numero di assistiti non inferiore a 750;
- 4) di volgere in via esclusiva attività di medico di medicina generale o di pediatra di libera scelta.
- 5) di accettare che l'iscrizione nell'Elenco Tutor sarà mantenuta a condizione della frequenza dell'apposito corso organizzato e gestito dal CEFORMED;
- 6) di essere disponibile a svolgere l'attività di tutor per i tirocinanti del CEFORMED;

Acconsente al trattamento dei dati personali forniti nei termini di cui al Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati", nel D.L.vo n.196 del 30/6/2003 "Codice per la tutela dei dati personali" e s.m.i. per le finalità inerenti la 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.

ALLEGA: scansione fronte retro di:

- documento di identità in corso di validità
- curriculum vitae aggiornato datato e firmato

Data _____

Firma
