DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 10 settembre 2020, n. 1500

Art. 12, co. 3, del D.L. n. 35/2019 convertito con L. n. 60/2019 – Avviso pubblico per l'ammissione mediante graduatoria riservata di n. 33 medici al Corso Triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Puglia 2020/2023. Approvazione.

Il Presidente della Giunta Regionale, sulla base dell'istruttoria espletata dal funzionario istruttore, confermata dal Dirigente del Servizio Rapporti Istituzionali e Capitale Umano S.S.R. e dal Dirigente della Sezione Strategia e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue.

Premesso che:

- il Decreto Legislativo 17 Agosto 1999, n. 368 disciplina, al Titolo IV, Capo I, la Formazione Specifica in Medicina Generale, prevedendo:
  - agli artt. 21 e 24 che per l'esercizio dell'attività di medico chirurgo di Medicina Generale nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale è necessario il possesso del diploma di formazione specifica in Medicina Generale rilasciato a seguito della frequenza del relativo Corso di Formazione della durata di tre anni;
  - all'art. 28 che l'istituzione e l'organizzazione del citato Corso di Formazione spettano alle Regioni e alle Provincie Autonome;

- Il Decreto del Ministero della Salute del 7 marzo 2006 definisce i principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di Formazione Specifica in Medicina.

Visti:

- l'art. 12, co. 3, del D.L. del 30 aprile 2019, n. 35 - recante "Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria." (c.d. Decreto Calabria), convertito con modificazione con Legge n. 60/2019 - che ha introdotto, fino al 31 dicembre 2021, una ulteriore modalità di ammissione al citato Corso di formazione, tramite graduatoria riservata e senza borsa di studio, per i medici abilitati che:
  - siano "già risultati idonei al concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale;
  - siano stati incaricati, nell'ambito delle funzioni convenzionali previste dall'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per almeno ventiquattro mesi, anche non continuativi, nei dieci anni antecedenti alla data di scadenza della presentazione della domanda di partecipazione al concorso per l'accesso al corso di formazione specifica in medicina generale".
- le "Linee Guida in materia di organizzazione e funzionamento del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale." approvate con D.G.R. n. 1641 del 20 settembre 2018 e successivamente modificate con D.G.R. n. 506 del 19 marzo 2019.

Considerato che la Commissione Salute nella seduta del 22 luglio 2020 ha approvato lo schema di avviso pubblico per l'ammissione mediante graduatoria riservata al Corso di Formazione Specifica in medicina Generale triennio 2020/2023 ed il relativo contingente da ammettere al Corso, determinato per la Regione Puglia in n. 33 (trentatré) unità.

Preso atto che una copia del presente provvedimento dovrà essere trasmessa al Coordinamento Commissione Salute della Regione Emilia Romagna, per la successiva pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Per quanto sopra riportato, con il presente schema di provvedimento si propone di:

- approvare ai sensi dell'art. 12, co. 3, del D.L. n. 35/2019 convertito con L. n. 60/2019 l'avviso pubblico per l'ammissione tramite graduatoria riservata di n. 33 (trentatré) medici al Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Puglia, 2020/2023, allegato "A", quale parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento, composto di n. 17 (diciassette) pagine;
- autorizzare il Dirigente della Sezione Strategia e Governo dell'Offerta a dare attuazione al presente provvedimento nel rispetto della normativa di riferimento;
- trasmettere copia del presente provvedimento al Coordinamento Commissione Salute della Regione Emilia Romagna, per la successiva pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana;
- disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi dell'art. 6 della L.R. n. 13 del 12.04.1994.

GARANZIE DI RISERVATEZZA

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito Istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D. Lgs. 196/2003 ss.mm.ii. ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

"COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. N. 118/2011"

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il Presidente relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta Regionale l'adozione del conseguente atto finale in ordine alla deliberazione in oggetto indicata.
Il presente provvedimento rientra nella specifica competenza della Giunta Regionale, ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett. k) della L.R. n. 7/97.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato, è stato espletato nel rispetto della normativa regionale, nazionale e comunitaria e che la relazione, dagli stessi predisposta ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

Il Dirigente del Servizio (Giuseppe Lella)

Il Dirigente della Sezione (Giovanni Campobasso)

Il sottoscritto Direttore del Dipartimento non ravvisa la necessità di esprimere sulla proposta di delibera osservazioni ai sensi del D.P.G.R. n. 443/2015 e del D.P.G.R. n. 304/2016.

Il Direttore del Dipartimento (Vito Montanaro)

Il Presidente (Michele Emiliano)

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge;

D E L I B E R A

Per le motivazioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente riportate:

- di approvare ai sensi dell'art. 12, co. 3, del D.L. n. 35/2019 convertito con L. n. 60/2019 l'avviso pubblico per l'ammissione tramite graduatoria riservata di n. 33 (trentatré) medici al Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Puglia, 2020/2023, allegato "A", quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, composto di n. 17 (diciassette) pagine.
- di autorizzare il Dirigente della Sezione Strategia e Governo dell'Offerta a dare attuazione al presente provvedimento nel rispetto della normativa di riferimento;
- di trasmettere copia del presente provvedimento al Coordinamento Commissione Salute della Regione Emilia Romagna, per la successiva pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi dell'art. 6 della L.R. n. 13 del 12.04.1994.

IL SEGRETARIO
GIOVANNI CAMPOBASSO

IL PRESIDENTE
MICHELE EMILIANO

CAMPOBASSO GIOVANNI
08.09.2020 12:43:13
UTC

Allegato A

AVVISO PUBBLICO
PER L'AMMISSIONE TRAMITE GRADUATORIA RISERVATA AL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE DELLA REGIONE PUGLIA 2020-2023 EX ART. 12 COMMA 3 DEL D.L. 35/2019, CONVERTITO CON L. 60/2019

Art. 1 – Contingente

1. Nella Regione Puglia è indetto il presente avviso per l'ammissione, tramite graduatoria riservata e senza borsa di studio, al Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale 2020 - 2023, a tempo pieno, per n. 33 (trentatré) laureati in medicina e chirurgia, in possesso dei requisiti di cui all'articolo successivo.

Art. 2 – Requisiti di ammissione

1. Per l'ammissione al Corso il candidato deve essere in possesso di uno dei seguenti requisiti:
   a) cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
   b) cittadinanza di un paese non dell'Unione Europea (UE) congiuntamente ad una delle condizioni di seguito indicate:
      - status di familiare di cittadino di Stato membro dell'Unione Europea e titolarità del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, entrambi in corso di validità (art. 38, comma 1, del D.lgs. 165/2001 e ss.mm.ii.);
      - titolarità di permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in corso di validità (art. 38, comma 3 bis, del D.lgs. 165/2001 e ss.mm.ii.);
      - titolarità dello status di rifugiato politico ovvero dello status di protezione sussidiaria, entrambi in corso di validità (art. 38, comma 3 bis, del D.lgs. 165/2001 e ss.mm.ii.).

2. Per l'ammissione al Corso il candidato che soddisfa uno dei requisiti di cui al comma 1, deve, altresì, essere in possesso dei seguenti requisiti ulteriori:
   a) diploma di laurea in medicina e chirurgia;
   b) abilitazione all'esercizio della professione in Italia;
   c) iscrizione all'Albo professionale dei medici chirurghi di un ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Repubblica Italiana;
   d) idoneità al concorso per l'ammissione al Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale, già conseguita nella Regione Puglia nei concorsi precedenti a quello relativo al triennio 2020-2023;
   e) svolgimento di incarichi, nell'ambito delle funzioni convenzionali previste dal vigente Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale (assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi) per almeno ventiquattro mesi, anche non continuativi, nei dieci anni antecedenti alla data di scadenza della presentazione della domanda di partecipazione al concorso per l'accesso al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Puglia relativo al triennio 2020- 2023. I ventiquattro mesi di anzianità nei suddetti quattro ambiti saranno calcolati ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale.

3. I requisiti di cui al comma 1 e al comma 2, lettere a), b), d) del presente articolo devono essere posseduti dal candidato alla data di scadenza del termine utile per la presentazione della domanda di ammissione tramite graduatoria riservata al Corso relativo al triennio 2020-2023.

4. Il requisito di cui al comma 2, lettera c), deve essere posseduto, pena la non ammissione al Corso stesso, entro l'avvio ufficiale del Corso, previsto entro il mese di aprile 2021. L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la presentazione della domanda, fermo restando l'obbligo di regolarizzare il requisito descritto al comma 2, lettera c), prima della data di avvio ufficiale del Corso.

Art. 3 – Domanda e termine di presentazione

1. La domanda di ammissione al Corso, a pena di irricevibilità, deve essere compilata e inviata attraverso la piattaforma on line del Portale della Salute della Regione Puglia, collegandosi all'indirizzo http://www.sanita.puglia.it.

2. La domanda, a pena di irricevibilità, deve essere presentata entro il termine perentorio di 30 giorni, a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso per estratto nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 4a Serie speciale, "Concorsi". A decorrere dalle ore 10.00 del giorno successivo alla data di pubblicazione del citato avviso e sino alle ore 12.00 dell'ultimo giorno utile, la piattaforma *on-line* consentirà l'accesso alla procedura di compilazione della domanda. Il termine per la presentazione della domanda, ove cada in giorno festivo, è prorogato, di diritto, al giorno successivo non festivo.

3. La domanda di ammissione al Corso deve essere compilata ed inviata osservando le modalità di seguito riportate.

- **ACQUISIZIONE CODICE DI DOMANDA**

Il candidato deve accedere alla piattaforma *on line* del Portale della Salute della Regione Puglia, collegandosi all'indirizzo http://www.sanita.puglia.it e seguendo il percorso indicato: "Operatori" → "Formazione MMG, Equivalenza Titoli, Alpi" → "Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale" → "Avviso tramite graduatoria riservata".
Il candidato deve richiedere il rilascio del proprio codice di domanda, cliccando sul pulsante "Richiedi Codice Domanda". Effettuata la richiesta, il codice di domanda è inviato automaticamente dal sistema all'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) indicato dal candidato.

- **COMPILAZIONE DOMANDA**

Acquisito il codice domanda, il candidato deve accedere nuovamente alla piattaforma *on line* e inserire il codice di domanda generato dal sistema. Cliccando, quindi, sul pulsante "Compila Domanda" il candidato deve compilare la domanda di ammissione al Corso.
Il candidato può fare domanda di accesso al Corso tramite graduatoria riservata in una sola delle Regioni o Province autonome nelle quali è risultato idoneo, pena l'esclusione dal Corso, anche qualora la circostanza venisse appurata successivamente l'inizio dello stesso.

Nella domanda il candidato deve dichiarare, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, ed a pena di inammissibilità della medesima:
a) il proprio cognome, nome, luogo e data di nascita e codice fiscale;
b) il luogo di residenza;
c) di essere in possesso di cittadinanza italiana; o di essere in possesso della cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea; o di essere cittadino dei paesi terzi, in possesso di un diritto di soggiorno in corso di validità o di un diritto di soggiorno permanente in corso di validità e di essere familiare di un cittadino dell'Unione Europea; o di essere cittadino dei paesi terzi con permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in corso di validità; o di essere

cittadino dei paesi terzi, titolare dello status di rifugiato in corso di validità; o di essere cittadino dei paesi terzi, titolare dello status di protezione sussidiaria in corso di validità;
d) di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito in Italia o all'estero, indicando l'Università che lo ha rilasciato, il giorno, il mese e l'anno in cui è stato conseguito, nonché la votazione finale espressa su base **100 o 110**;
e) di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale in Italia, indicando l'università presso cui è stata conseguita, il giorno, il mese e l'anno di conseguimento, ovvero la sessione di espletamento dell'esame;
f) di essere/non essere iscritto all'Albo professionale di un ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Repubblica Italiana, indicando, in caso di risposta affermativa, la provincia di iscrizione, fatto salvo quanto disposto dall'art. 2 comma 4;
g) di essere a conoscenza che il requisito di cui alla lett. f) deve essere posseduto alla data di avvio ufficiale del Corso (qualora il candidato dichiari di non essere iscritto all'ordine), pena la non ammissione allo stesso;
h) di non avere presentato domanda di ammissione per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale tramite graduatoria riservata (ex art. 12 comma 3 del d.l. 35/2019 siccome convertito con L. 60/2019) in altra Regione o Provincia Autonoma;
i) di essere/non essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia o dottorati di ricerca (specificare quale);
j) di aver conseguito l'idoneità al concorso per l'ammissione al Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale nella Regione Puglia, specificando l'anno di partecipazione al concorso, precedente a quello relativo al triennio 2020-2023;
k) di avere svolto incarichi, nell'ambito delle funzioni convenzionali previste dal vigente Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi) per almeno ventiquattro mesi, anche non continuativi, nei dieci anni antecedenti alla data di scadenza della presentazione della domanda di partecipazione al concorso per l'ammissione al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Puglia relativo al triennio 2020-2023;
l) di aver svolto gli incarichi specificati nell'Allegato A.2) ai fini del calcolo del punteggio di anzianità di servizio di cui all'art. 3, titolo II "Titoli di servizio", A.C.N. vigente. Per ciascun incarico il candidato dovrà specificare l'azienda e la struttura in cui ha svolto l'attività, la tipologia di attività convenzionata, orari, periodi di riferimento effettivamente svolti.

I candidati non dovranno allegare alla domanda alcuna documentazione comprovante le suddette dichiarazioni. Nel caso di titoli conseguiti all'estero, questi devono essere riconosciuti equiparati all'analogo titolo di studio acquisito in Italia, secondo normativa vigente. L'Amministrazione effettuerà idonei controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese in domanda, riservandosi la possibilità di richiedere la documentazione relativa a titoli conseguiti presso struttura estera.
Alla domanda dovrà essere allegata copia di un documento di identità in corso di validità, nonché la dichiarazione sostitutiva relativa ai titoli di servizio (all. A.2 del presente Avviso) debitamente compilata e sottoscritta. Al tal fine la predetta documentazione va scansionata e caricata sulla piattaforma informatica.

- **<u>INVIO DOMANDA PARTECIPAZIONE</u>**

Conclusa la compilazione della domanda, il candidato deve inviare la domanda di ammissione tramite graduatoria riservata al Corso cliccando sul pulsante "Invio Domanda". Si precisa, a tal riguardo, che l'invio della domanda non consentirà al candidato di apportare ulteriori modifiche ai dati immessi, fatta salva la possibilità – entro i termini di presentazione della domanda – di chiedere l'annullamento della domanda inviata e di compilarne un'altra *ex novo.*

4. Effettuato l'invio della domanda di ammissione, la piattaforma informatica trasmette automaticamente, all'indirizzo di posta elettronica certificata del candidato, la ricevuta di avvenuto invio della medesima domanda, nonché il modulo domanda in formato pdf generato automaticamente dal sistema.

5. Chiarimenti circa l'utilizzo della procedura telematica e il rilascio del codice di domanda potranno essere richiesti dal candidato al Centro Servizi attraverso il servizio "*Richiedi Info*" disponibile sulla piattaforma *on line.*

6. Il modulo di domanda generato dal sistema deve essere stampato, firmato e successivamente consegnato dai candidati presso i competenti uffici regionali in sede di convocazione per l'ammissione al Corso e contestuale assegnazione al Polo formativo.

7. Il candidato deve indicare nella domanda l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (nominativa, personale ed inequivocabilmente riconducibile alla propria persona) che, per tutta la durata del Corso, costituirà domicilio digitale del candidato. Conseguentemente ogni comunicazione di carattere personale (ad es. provvedimento di esclusione) relativa alla presente procedura selettiva è inviata ai candidati tramite Posta Elettronica Certificata (PEC). Fanno eccezione le comunicazioni per le quali è prescritto un regime di pubblicità più ampio (ad es. comunicazioni relative all'inserimento nella graduatoria, per le quali è prevista la pubblicazione nel Bollettino Ufficiale).
Il candidato dovrà comunicare tempestivamente le eventuali variazioni di domicilio, anche digitale, o recapito, che si verifichino successivamente alla presentazione della domanda al seguente indirizzo PEC: "risorseumaneaziendesanitarie@pec.rupar.puglia.it", precisando il seguente riferimento: "Corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale triennio 2020-2023".

8. L'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione delle domande o delle comunicazioni dipendenti da inesatta indicazione del candidato, oppure mancato o tardivo aggiornamento dei recapiti indicati nella domanda, né per eventuali disguidi informatici comunque imputabili a terzi, a caso fortuito o a forza maggiore

9. Le informazioni di carattere generale ed eventuali segnalazioni utili sono altresì reperibili consultando la piattaforma *on line* del Portale della Salute della Regione Puglia, all'indirizzo http://www.sanita.puglia.it e seguendo il citato percorso: "Operatori" → "Formazione MMG, Equivalenza Titoli, Alpi" → "Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale".

10. Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per l'ipotesi di dichiarazioni mendaci, qualora dai controlli a campione dell'Amministrazione emerga la non veridicità della dichiarazione rese dal concorrente, il medesimo decade, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000, dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Art. 4 - Graduatoria e procedura di ammissione

1. La Regione Puglia, come previsto dall'art. 12, co. 3, del Decreto legge n. 35 del 2019, convertito dalla Legge n. 60 del 2019, procede alla formulazione della graduatoria in base al punteggio di anzianità di servizio, attribuito sulla base dei criteri previsti dall'Accordo collettivo nazionale vigente - Articolo 3, titolo II "Titoli di servizio" - e maturati alla data di scadenza della presentazione della domanda di partecipazione al presente avviso. I medici sono ammessi nel limite dei posti utili indicati all'art. 1.

2. In caso di parità di punteggio, si fa riferimento ai criteri definiti dal vigente Accordo Collettivo Nazionale, art. 3, comma 6.

3. Dell'inserimento in graduatoria viene data comunicazione agli interessati da parte della Regione a mezzo di pubblicazione della graduatoria stessa nel Bollettino ufficiale della Regione e sua affissione presso gli Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Regione.

4. La Regione procede, su istanza degli interessati, presentata entro dieci giorni dalla pubblicazione della graduatoria nel Bollettino ufficiale della Regione, alla correzione di eventuali errori materiali ed alla conseguente modifica della graduatoria stessa, dandone comunicazione mediante pubblicazione nel Bollettino ufficiale della Regione Puglia.

5. Gli interessati, ai sensi della L. 241/90 e successive modificazioni ed integrazioni, possono chiedere l'accesso agli atti relativi alla procedura entro 30 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.P. della graduatoria di cui al precedente comma 1.

Art. 5 - Tutela dati personali

1. I dati personali relativi ai candidati saranno trattati ai sensi del Regolamento Europeo sulla Protezione Dati GDPR 2016/679 e delle disposizioni nazionali in materia, in particolare il Decreto Legislativo 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), come modificato dal Decreto Legislativo 101 del 10 agosto 2018.

2 A tal proposito il candidato dovrà dichiarare nella domanda di aver preso visione dell'informativa, Allegato A.1) al presente avviso, relativa al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento europeo n. 679/2016.

Art. 6 – Posta Elettronica Certificata

1. Il candidato, come disposto dall'art. 16, co. 7, del D.L. 185/2008 convertito con Legge n. 2/2009, per tutta la durata del Corso dovrà necessariamente avere un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) attivo, personale, obbligatoriamente riconducibile univocamente alla propria persona, rilasciato da gestore ufficiale riconosciuto - da indicare al momento della registrazione sul sito - che costituirà, ai sensi dell'art. 3 - bis, co. 4, del D. Lgs. 82/2005, il proprio domicilio digitale.

2. Il candidato dovrà comunicare le eventuali variazioni di domicilio digitale che si verifichino successivamente alla presentazione della domanda nell'apposita sezione anagrafica della piattaforma. L'Amministrazione non si assume responsabilità dipendenti da inesatte indicazioni del candidato oppure mancato o tardivo aggiornamento dei recapiti indicati nella domanda, né per eventuali disguidi informatici comunque imputabili a terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

3. La mancata consultazione da parte del candidato della propria casella di posta elettronica certificata esonera l'amministrazione da ogni responsabilità.
.

Art. 7 - Irricevibilità della domanda,
cause di esclusione e di mancato inserimento nella graduatoria riservata

1. Sono irricevibili le domande presentate in forma e/o con modalità diverse da quelle previste all'art. 3 del presente avviso.

2. Sono esclusi i candidati non in possesso dei requisiti previsti dall'art. 2, comma 1 e comma 2, lett. a), b), c), d) ed e), nelle relative tempistiche previste.

3. L'irricevibilità della domanda o il mancato inserimento nella graduatoria riservata saranno resi noti al candidato tramite comunicazione personale all'indirizzo PEC indicato nella domanda.

Art. 8 - Ammissione al Corso

1. Ai candidati utilmente collocati nella graduatoria regionale riservata, nel limite dei posti fissati dall'articolo 1, verrà trasmessa comunicazione a mezzo PEC dell'ammissione al Corso triennale 2020 – 2023 e della data di avvio ufficiale del Corso di formazione.
Entro 3 giorni lavorativi dalla trasmissione della comunicazione di cui al comma precedente, i candidati dovranno far pervenire la propria accettazione dell'ammissione al Corso ovvero il rifiuto, secondo le modalità indicate nella medesima comunicazione. In caso di mancata comunicazione dell'accettazione entro il termine suddetto, il candidato si considera decaduto.

2. I candidati utilmente collocati nella graduatoria, ma non ancora in possesso all'atto di presentazione della domanda del requisito dell'iscrizione ad un Albo professionale dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Repubblica Italiana, sono ammessi a frequentare il Corso a condizione che trasmettano, prima dell'avvio ufficiale del Corso, a mezzo PEC, all'indirizzo risorseumaneaziendesanitarie@pec.rupar.puglia.it specifica comunicazione con cui dichiarino, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, di essere iscritti ad un Albo professionale dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Repubblica Italiana, indicando la provincia di riferimento ed il numero di iscrizione.
In mancanza della dichiarazione di cui sopra, i candidati interessati non saranno ammessi a frequentare il Corso.

3. I candidati utilmente collocati in graduatoria ed iscritti a Scuole di specializzazione in Medicina e Chirurgia o dottorati di ricerca sono ammessi a frequentare il Corso subordinatamente alla dichiarazione con la quale l'interessato:

- esplicita la volontà di intraprendere il Corso triennale previsto per la Formazione Specifica in Medicina Generale, che comporta impegno a tempo pieno;
- rinuncia al percorso formativo specialistico o dottorato di ricerca già intrapreso, in quanto incompatibile.

Art. 9 - Utilizzazione della graduatoria

1. La graduatoria di merito dei candidati può essere utilizzata per assegnare, secondo l'ordine della graduatoria stessa, i posti che si siano resi vacanti per cancellazione, rinuncia, decadenza o altri motivi fino al termine massimo di 60 (sessanta) giorni dalla data di avvio ufficiale del Corso.

2. Lo scorrimento della graduatoria viene effettuato con le modalità indicate al comma 1 del precedente art.8.

3. La Regione si riserva la facoltà di adottare altre modalità utili a consentire la più rapida convocazione dei candidati, ivi compresa la convocazione personale degli stessi qualora in prossimità della scadenza del termine utile per lo scorrimento della graduatoria ci fossero ancora posti vacanti.

4. Decorso il suddetto termine, la graduatoria non potrà essere utilizzata né per l'inserimento al Corso relativo al triennio 2020-2023, né per l'inserimento nei successivi trienni formativi.

Art. 10 - Trasferimenti ad altra Regione

1. In presenza di sopravvenute esigenze personali, il medico in formazione può richiedere il trasferimento presso altra Regione e/o Provincia autonoma.
Il trasferimento è disposto solo qualora sussistano cumulativamente le condizioni di seguito ripotate:

a) nella sede accettante non siano stati utilizzati tutti i posti messi a disposizione per l'ammissione tramite graduatoria riservata o successivamente resisi vacanti nella stessa annualità di Corso;
b) sia stato acquisito il parere favorevole sia della Regione o Provincia autonoma di provenienza che di quella di destinazione;
c) il medico in formazione, a giudizio della Regione accettante, possa effettuare agevolmente il completamento dei periodi di Corso non ancora effettuati.

Art. 11 - Assicurazione

1. I medici frequentanti il Corso di formazione devono essere dotati di adeguata copertura assicurativa contro i rischi professionali e gli infortuni connessi all'attività di formazione, con oneri a proprio carico, secondo le condizioni generali indicate dalla Regione Puglia.

Art. 12 - Disciplina del Corso - Rinvio

1. Il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Puglia 2020-2023, il cui avvio è previsto per il mese di aprile 2021, ha durata di tre anni (36 mesi per ciascun medico in formazione) e comporta un impegno dei partecipanti a tempo pieno, con obbligo della frequenza alle attività didattiche teoriche e pratiche previste dalla normativa di settore.

2. Il Corso si articola in attività didattiche pratiche e attività didattiche teoriche da svolgersi in strutture del servizio sanitario nazionale e/o nell'ambito di uno studio di medicina generale individuati dalla Regione. La formazione prevede un totale di almeno 4.800 ore, di cui 2/3 rivolte all'attività formativa di natura pratica, e comporta la partecipazione personale del medico discente alla totalità delle attività mediche del servizio nel quale si effettua la formazione e all'attività professionale, nonchè l'assunzione delle responsabilità connesse all'attività svolta.

3. La frequenza del Corso non comporta l'instaurazione di un rapporto di dipendenza o lavoro convenzionale né con il Servizio Sanitario Nazionale né con i medici tutori.

4. Per tutto quanto non previsto nel presente Avviso si opera rinvio alla disciplina contenuta nel D.Lgs. 368/99, nel D.M. Salute 7 marzo 2006 e successive loro modificazioni, nonché alle disposizioni regionali in materia.

Art. 13 – Attività lavorative e frequenza del Corso

1. Ai medici in formazione si applica il regime di incompatibilità di cui all'art. 11 del D.M. Salute 07.03.2006, ivi comprese le relative eccezioni di cui all'art. 19 co. 11 della L. 448/2001.

2. I medici in formazione possono partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali (cd *incarichi temporanei*), di cui all'art. 9, co. 1, del D.L. 135/2018, convertito in legge con modificazioni n. 12/2019, entro specifici limiti temporali (fino al 31.12.2021) e territoriali (nell'ambito della medesima Regione in

cui frequentano il Corso) ed in ogni caso nel rispetto dei massimali e dei criteri di priorità previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale vigente.
In tale ipotesi, sussistendo le condizioni innanzi descritte, è prevista una deroga al regime di incompatibilità previsto dall'art. 11 del D.M. 07.03.2006.

3. In applicazione dell'accordo collettivo nazionale con i medici di medicina generale vigente, ai medici in formazione che acquisiscono incarichi temporanei di assistenza primaria si applica un massimale di 500 scelte limitatamente al restante periodo di frequenza del corso, fatta salva la possibilità per le Regioni, in base alla loro programmazione, di incrementare tale limite fino ad un massimo del 30%, secondo modalità da definire nell'AIR.. Ai medici in formazione che acquisiscono incarichi temporanei di continuità assistenziale, sempre limitatamente al restante periodo di frequenza del corso, si applica un massimale di 24 ore settimanali, mentre ai i medici in formazione che acquisiscono incarichi temporanei di emergenza sanitaria territoriale si applica una sospensione parziale dell'attività convenzionale, ai fini giuridici ed economici, pari a 14 ore settimanali.

4. Il superamento dei massimali sopra indicati comporta l'incompatibilità con la frequenza del corso.

5. Il medico iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale non può essere titolare contemporaneamente di più di una delle funzioni convenzionali (assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi).

6. Il medico in formazione è comunque tenuto a garantire la regolare frequenza a tempo pieno delle attività formative del corso, sia teoriche che pratiche. La formazione a tempo pieno implica che il medico in formazione dedichi a tale formazione pratica e teorica tutta la sua attività professionale per l'intera durata della normale settimana lavorativa e per tutta la durata dell'anno.

7. Ai sensi del DM 7 marzo 2006, prima dell'avvio ufficiale del corso gli interessati dovranno produrre dichiarazioni sostitutive di atto notorio ai sensi del DPR 445/2000, e successive modificazioni, attestanti la non sussistenza di cause di incompatibilità ovvero dichiarazioni di rinuncia ai suddetti rapporti incompatibili.

8. In ogni caso, qualora i medici ammessi al Corso siano già titolari di incarichi, ancorché provvisori, convenzionali o libero professionali, al momento dell'inserimento al Corso dovranno preventivamente rinunciare ai suddetti incarichi.

Art. 14 – Procedimento

1. Il termine entro il quale dovrà concludersi la procedura selettiva con l'adozione del provvedimento di approvazione della graduatoria finale è il 30 aprile 2021.

2. Il Responsabile del procedimento è il dott. Gianluigi Ciccarone tel. 080-5403595, e-mail gianluigi.ciccarone@regione.puglia.it .

Allegato A.1)

INFORMATIVA per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art 13 del Regolamento europeo n. 679/2016

1. Premessa
Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016 la Regione Puglia, in qualità di "Titolare" del trattamento, è tenuta a fornirle informazioni in merito all'utilizzo dei suoi dati personali.

2. Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è la Regione Puglia, con sede in Bari, Lungomare N. Sauro n. 33, cap 70100.

3. Responsabile della protezione dei dati personali

Ai sensi dell'art. 37, comma 7, del RGDP, si forniscono i dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), al quale è possibile rivolgersi per esercitare i diritti normativamente previsti, secondo le modalità di cui all'art. 12 RGDP e/o per eventuali chiarimenti in materia di protezione dei dati personali.

Dott.ssa Rossella Caccavo

email: rpd@regione.puglia.it

4. Modalità di trattamento e Responsabili del trattamento

I Suoi dati personali saranno trattati, sia in forma cartacea che in formato digitale, con l'adozione di misure tecniche ed organizzative volte ad assicurare adeguati livelli di sicurezza.
I Suoi dati personali saranno trattati da personale interno previamente autorizzato ed adeguatamente formato.
L'Ente può altresì avvalersi per il trattamento dei suddetti dati di soggetti terzi, i quali assicurano livelli esperienza, capacità e affidabilità tali da garantire il rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento, ivi compreso il profilo della sicurezza dei dati.

5. Finalità del trattamento
Il trattamento dei suoi dati personali viene effettuato dalla Regione Puglia per lo svolgimento di funzioni istituzionali e, pertanto, ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. e), non necessita del suo consenso.
I dati personali sono trattati esclusivamente per l'espletamento della presente procedura selettiva e per la gestione del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.
Le informazioni relative ai dati personali potranno essere comunicate unicamente agli organi preposti allo svolgimento della procedura selettiva e all'organizzazione del Corso.
I suoi dati personali non saranno comunque trasferiti al di fuori dell'Unione europea.

6. Conservazione dei dati personali
I suoi dati sono conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate. A tal fine, anche mediante controlli periodici, viene verificata costantemente la stretta pertinenza, non eccedenza e indispensabilità dei dati rispetto al rapporto, alla prestazione o all'incarico in corso - da instaurare o cessati - anche con riferimento ai dati che Lei fornisca di propria iniziativa. I dati che, anche a seguito delle verifiche, risultino eccedenti o non pertinenti o non

indispensabili non sono utilizzati, salvo che per l'eventuale conservazione, a norma di legge, dell'atto o del documento che li contiene.

7. I diritti dell'interessato

Nella sua qualità di interessato, Lei ha diritto:

- di accesso ai dati personali;
- di ottenere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che la riguardano;
- di opporsi al trattamento;
- di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

8. Conferimento dei dati

Il conferimento di tali dati è indispensabile per lo svolgimento della procedura selettiva.
Il mancato conferimento dei suddetti dati comporterà l'impossibilità di partecipare all'avviso pubblico per l'ammissione mediante graduatoria riservata di n. 33 medici al Corso Triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Puglia 2020/2023.

(Allegato A2)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (art. 46 e 47 D.P.R. N. 445 DEL 28/12/2000)

TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITA' SVOLTA PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA RISERVATA PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE DELLA REGIONE PUGLIA 2020-2023

Il sottoscritto Dott._____
Cognome Nome

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

- in relazione alla domanda di ammissione tramite graduatoria riservata, senza borsa di studio, ai sensi dell'art. 12 comma 3 del DL 35/2019 convertito con L. 60/2019 e alla D.G.R. n. _____ del _____, al corso triennale di formazione specifica in medicina generale anni 2020/23, organizzato a tempo pieno, consapevole delle sanzioni amministrative e penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000,

- ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445,

DICHIARA
di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:

1. **Attività di medico di assistenza primaria convenzionato, con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell' ambito della Regione XXXXXXXX:** *(p. 0,30 per mese di attività)**

dal.....al..... Azienda.....
dal ..... al ..... Azienda.....…
dal.....al..... Azienda.....:.....

2. **Attività di medico di assistenza primaria convenzionato, con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell'ambito di altra Regione (*specificare*):** *(p. 0,20 per mese di attività)**

dal ..... al ..... Azienda.....….Regione …….
dal ..... al ..... Azienda.....….Regione …….
dal ..... al ..... Azienda.....….Regione …….
dal ..... al ..... Azienda.....….Regione …….

3. **Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria, solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 gg. continuativi:** *(p. 0,20 per mese di attività)**

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

4. **Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale del titolare e sostituzioni d'ufficio, anche se di durata inferiore a 5 giorni continuativi.** *(p.0,20 per mese)**

dal.....al..... medico**.....A.S.L.....
dal.....al..... medico**.....A.S.L.....
dal.....al..... medico**.....A.S.L.....
dal.....al..... medico**.....A.S.L.....

5. **Stessa attività di cui al punto precedente effettuata su base oraria:** *(p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)**

Anno..... A.S.L ..... **di _____

Gennaio dal	al ..... ore _____	Luglio dal ……	al …….. ore _____
Febbraio dal ……	al …….. ore _____	Agosto dal ……	al …….. ore _____
Marzo dal	al ..... ore _____	Settembre dal ……	al …….. ore _____
Aprile dal	al ..... ore _____	Ottobre dal ……..	al ……..ore _____
Maggio dal	al ..... ore _____	Novembre dal ……..	al …….. ore _____
Giugno dal	al ..... ore _____	Dicembre dal ……..	al …….. ore _____

6. Servizio effettivo di medico di continuità assistenziale □ medico di assistenza penitenziaria/servizio effettivo in convenzionamento svolto presso gli Istituti penitenziari □ a tempo indeterminato □, determinato □, provvisorio □ di sostituzione □: *(barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)*
*(p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)**

Anno..... A.S.L ..... **di _____

Gennaio dal	al ..... ore _____	Luglio dal ……	al …….. ore _____
Febbraio dal ……	al …….. ore _____	Agosto dal ……	al …….. ore _____
Marzo dal	al ..... ore _____	Settembre dal ……	al …….. ore _____
Aprile dal	al ..... ore _____	Ottobre dal ……..	al ……..ore _____
Maggio dal	al ..... ore _____	Novembre dal ……..	al …….. ore _____
Giugno dal	al ..... ore _____	Dicembre dal ……..	al …….. ore _____

Totale ore _____

Anno..... A.S.L ..... **di _____

Gennaio dal	al ..... ore _____	Luglio dal ……	al …….. ore _____
Febbraio dal ……	al …… . ore _____	Agosto dal ……	al …….. ore _____
Marzo dal	al ..... ore _____	Settembre dal ……	al …….. ore _____
Aprile dal	al ..... ore _____	Ottobre dal ……..	al ……..ore _____
Maggio dal	al ..... ore _____	Novembre dal ……..	al …….. ore _____
Giugno dal	al ..... ore _____	Dicembre dal ……..	al …….. ore _____

Totale ore _____

7. Servizio effettivo nella emergenza sanitaria territoriale, con incarico a tempo indeterminato □ determinato □ provvisorio □ o di sostituzione □: *(p.0,20 per mese di attività)**

dal.....al.....A.S.L.**.....
dal.....al.....A.S.L.**.....
dal.....al.....A.S.L.**.....
dal.....al.....A.S.L.**.....
dal.....al.....A.S.L.**.....

8. Servizio effettivo nella medicina dei servizi territoriali con incarico a tempo indeterminato □ o di sostituzione □:
(barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)
*(p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)**

Anno..... A.S.L ..... **di _____

Gennaio dal ..... al ..... ore _____		Luglio dal …… al …….. ore _____	
Febbraio dal ……..…… al …….. ore _____		Agosto dal …… al …….. ore _____	
Marzo dal ..... al ..... ore _____		Settembre dal …… al …….. ore _____	
Aprile dal ..... al ..... ore _____		Ottobre dal ……... al ……...ore _____	
Maggio dal ..... al ..... ore _____		Novembre dal ……... al …….. ore _____	
Giugno dal ..... al ..... ore _____		Dicembre dal ……... al …….. ore _____	

Totale ore _____

9. Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari sia a tempo indeterminato che di sostituzione per conto del Ministero di Giustizia, ai sensi della Legge 9 ottobre 1970 n. 740: *(p. 0,20 per mese di attività)**

dal _____/_____/_____al _____/_____/_____ Istituto_____
dal _____/_____/_____al _____/_____/_____ Istituto_____
dal _____/_____/_____al _____/_____/_____ Istituto_____
dal _____/_____/_____al _____/_____/_____ Istituto_____

10. **Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate:** *(p.0,10 per mese ragguagliato a **52 ore** di attività)**

Anno..... A.S.L ** ..... di .....

Gennaio dal ..... al ..... ore _____		Luglio dal ……al …….. ore _____	
Febbraio dal ……al …….. ore _____		Agosto dal ……al …….. ore _____	
Marzo dal ..... al ..... ore _____		Settembre dal ……al …….. ore _____	
Aprile dal ..... al ..... ore _____		Ottobre dal ……... al …….. ore _____	
Maggio dal ..... al ..... ore _____		Novembre dal ……... al …….. ore _____	
Giugno dal ..... al ..... ore _____		Dicembre dal ……... al …….. ore _____	

Totale ore _____

Anno..... A.S.L ** ..... di .....

Gennaio dal ..... al ..... ore _____		Luglio dal ……al …….. ore _____	
Febbraio dal ……al …….. ore _____		Agosto dal ……al …….. ore _____	
Marzo dal ..... al ..... ore _____		Settembre dal ……al …….. ore _____	
Aprile dal ..... al ..... ore _____		Ottobre dal ……... al …….. ore _____	
Maggio dal ..... al ..... ore _____		Novembre dal ……... al …….. ore _____	
Giugno dal ..... al ..... ore _____		Dicembre dal ……... al …….. ore _____	

Totale ore _____

11. Attività medica di assistenza ai turisti, organizzata dalle Regioni o dalle Aziende UU.SS.LL: *
(p. 0,20 per mese di attività)

ASL ** ……..……di…… dal …… al……
ASL ** ……..……di…… dal …… al……
ASL ** ……..……di…… dal …… al……
ASL ** ……..……di…… dal …… al……

12. Turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali ☐ di continuità assistenziale ☐ di emergenza sanitaria territoriale , ai sensi del presente Accordo *(barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio):*
*(p.0,05 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)**

Anno..... A.S.L **.....di ……..... Servizio di :_____

Gennaio dal ..... al ..... ore _____		Luglio dal ……al …….. ore _____	
Febbraio dal ……al …….. ore _____		Agosto dal ……al …….. ore _____	
Marzo dal ..... al ..... ore _____		Settembre dal ……al …….. ore _____	
Aprile dal ..... al ..... ore _____		Ottobre dal ……... al …….. ore _____	
Maggio dal ..... al ..... ore _____		Novembre dal ……... al …….. ore _____	
Giugno dal ..... al ..... ore _____		Dicembre dal ……... al …….. ore _____	

Totale ore _____

Anno..... A.S.L** .....di ……..... Servizio di :_____

Gennaio	dal ..... al ..... ore _____	Luglio	dal …… al …….. ore _____
Febbraio	dal …… al …….. ore _____	Agosto	dal …… al …….. ore _____
Marzo	dal .....…..al ..... ore _____	Settembre	dal …… al …….. ore _____
Aprile	dal ..... al ..... ore _____	Ottobre	dal ……... al ……...ore _____
Maggio	dal ..... al ..... ore _____	Novembre	dal ……... al …….. ore _____
Giugno	dal ..... al ..... ore _____	Dicembre	dal ……... al ……...ore _____

Totale ore _____

13. Attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 gg. continuativi: *(p. 0,10 per mese di attività)**

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

14. Attività di medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna □, medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici □, medico generico fiduciario□, medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di assistenza ai naviganti □: *(barrare l'opzione)*

*(p. 0,05 per mese di attività)**

Ente **…….... di ……..……..dal ……al .....
Ente** ……..…… di ……..……dal ……al .....
Ente** ……..…… di ……..……dal ……al .....
A.S.L.**. ……..…… di ……..……dal ……al .....
A.S.L.**……..……di ……..……dal ……al .....

15. Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia: *(p.0,10 per mese)*

dal _____/_____/_____al _____/_____/_____ presso_____

16. Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento, svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda sanitaria nell'area della medicina generale, e solo per il periodo concomitante con tale incarico: *(p.0,20 per mese)*

dal _____/_____/_____al _____/_____/_____ presso_____

17. Servizio civile volontario espletato per finalità o scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge 6 marzo 2001 n. 64 istitutiva del "Servizio civile nazionale", svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia: *(massimo 12 mesi - p. 0,10 per mese di attività,)*

dal……... al ……Servizio:……svolto presso **…….

dal……... al ……Servizio:……svolto presso **…….

18: Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge 6 marzo 2001 n. 64 istitutiva del "Servizio civile nazionale", svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area

della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico:
(p.0,20 per mese)

dal……... al ……Servizio:……svolto presso **…….
dal……... al ……Servizio:……svolto presso **…….

19. Attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo □ o medico di Polizia di Stato□ *(barrare l'opzione)*
*(p. 0,20 per mese di attività)**

dal _____/_____/_____al _____/_____/_____ presso_____
dal _____/_____/_____al _____/_____/_____ presso_____

20. Servizio prestato presso aziende termali private accreditate (con le modalità di cui all'art. 8 legge 24 ottobre 2000 n. 323), equiparato all'attività di continuità assistenziale, in qualità di dipendente a tempo pieno con rapporto di lavoro esclusivo e orario non inferiore a 35 ore settimanali: *(indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)*
*(p. 0,20 per mese di attività)**

Anno……. **Stabilimento Termale**** ……**Comune di** .....

Gennaio dal .....al .....ore _____ Luglio dal ……..… al …….. ore _____
Febbraio dal ……al ……..…..ore _____ Agosto dal …… al …….. ore _____
Marzo dal ..... al ..... ore _____ Settembre dal …… al …….. ore _____
Aprile dal ..... al ..... ore _____ Ottobre dal ……... al ……..ore _____
Maggio dal ..... al ..... ore _____ Novembre dal ……... al …….. ore _____
Giugno dal ..... al ..... ore _____ Dicembre dal ……... al ……...ore _____

Anno……. **Stabilimento Termale**** ……**Comune di** .....

Gennaio dal .....al .....ore _____ Luglio dal ……..… al …….. ore _____
Febbraio dal ……al ……..…..ore _____ Agosto dal …… al …….. ore _____
Marzo dal ..... al ..... ore _____ Settembre dal …… al …….. ore _____
Aprile dal ..... al ..... ore _____ Ottobre dal ……... al ……...ore _____
Maggio dal ..... al ..... ore _____ Novembre dal ……... al …….. ore _____
Giugno dal ..... al ..... ore _____ Dicembre dal ……... al ……...ore _____

Totale ore _____

21. Servizio effettivo, svolto in paesi della Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale; servizio prestato ai sensi della legge 11 agosto 2014, n. 125 ed assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del D.M. 1° settembre 1988, n. 430: *(p. 0,20 per mese di attività) **

Ente **…..……. Stato …… dal ……..… al …….
Ente **…….....…….. Stato …… dal ……..… al …….
Ente **…….....…….. Stato …… dal ……..… al …….
Ente **…….....…….. Stato …… dal ……..… al …….
Ente **…….....…….. Stato …… dal ……..… al …….

La sottoscritta dichiara di aver usufruito di astensione anticipata o di astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio nei seguenti periodi:

dal _____/_____/_____al _____/_____/_____ presso Azienda _____
dal _____/_____/_____al _____/_____/_____ presso Azienda _____
dal _____/_____/_____al _____/_____/_____ presso Azienda _____
dal _____/_____/_____al _____/_____/_____ presso Azienda _____

Il sottoscritto dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Luogo e data _____ **Firma per esteso (*2*)** _____

(1) Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000)

(2) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.

_____

Recapiti degli Enti/ASL/Istituti indicati nella presente domanda (*per inserire ulteriori informazioni il medico può fotocopiare il presente prospetto)*

Ai sensi della L. 12/11/2011, n. 183, recante modifiche al D.P.R. 445/2000 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), le amministrazioni pubbliche sono tenute ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti.

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Luogo e data _____ **Firma per esteso (*1*) _____**

(1) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.