

**ALLEGATO A****Avviso Pubblico per l'ammissione in soprannumero al Corso Triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale, 2015/2018, della Regione Puglia.****Art. 1 (Contingente)**

1. E' indetto, ai sensi della Legge n. 401 del 29/12/2000, avviso pubblico per l'ammissione in soprannumero di medici al Corso Triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale, 2015/2018, della Regione Puglia, nel rispetto delle risorse finanziarie disponibili e della capacità formativa della regione.

**Art. 2 (Requisiti di ammissione)**

2. Per l'ammissione al corso i candidati devono possedere i seguenti requisiti:
  - a. cittadinanza italiana ovvero di uno degli Stati membri dell'Unione Europea ovvero cittadinanza di paese non dell'Unione Europea (UE) limitatamente ai casi previsti e disciplinati dai commi 1 e 3 dell'art. 38, D.Lgs. 165/2001, e più precisamente: status di familiare di cittadino di Stato membro dell'Unione Europea e titolarità del diritto di soggiorno e/o del diritto di soggiorno permanente; titolarità di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo; titolarità dello status di rifugiato politico ovvero dello status di protezione sussidiaria;
  - b. laurea in medicina e chirurgia purchè l'iscrizione al corso universitario di laurea sia avvenuta prima del 31/12/1991;
  - c. abilitazione all'esercizio professionale;
  - d. iscrizione all'albo professionale dei medici di un Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Repubblica Italiana;
  - e. non essere stati già ammessi in soprannumero in altri corsi di formazione specifica in medicina generale organizzati da questa Regione o da altre Regioni e Province Autonome.
3. I requisiti di cui ai punti a), b) e c) devono essere già posseduti alla data di scadenza del termine utile per la presentazione della domanda di ammissione al corso. L'iscrizione al corrispondente Albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione alla selezione, fermo restando l'obbligo di regolarizzare il requisito descritto al punto d) prima della data di inizio del corso.

**Art. 3 (Domanda e termine di presentazione)**

1. La domanda di ammissione al corso, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso, deve essere inviata, a pena di esclusione, all'indirizzo **[corsomedicinagenerale@pec.rupar.puglia.it](mailto:corsomedicinagenerale@pec.rupar.puglia.it)**, **entro il termine perentorio di 30 giorni, a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia**, nel rispetto di una delle modalità di seguito riportate:
  - a. tramite Posta Elettronica Certificata, previa sottoscrizione della domanda mediante firma elettronica digitale personale del candidato, il cui certificato sia stato rilasciato da un certificatore accreditato;
  - b. tramite Posta Elettronica Certificata, previa acquisizione, mediante scanner, in formato pdf, della domanda sottoscritta con firma autografa dal candidato e della copia di un documento d'identità in corso di validità.

2. Nell'oggetto del messaggio di posta deve essere espressamente riportata l'indicazione: "Domanda di ammissione in soprannumero al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale 2015-2018, nome e cognome del candidato".
3. Si fa presente che il contenuto massimo della Posta Elettronica Certificata è di 10 MB. Nel caso in cui fosse necessario superare tale capacità, si invitano i candidati ad inviare ulteriori messaggi di Posta Elettronica Certificata indicando nell'oggetto: "Integrazione alla domanda di ammissione in soprannumero al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale 2015-2018, nome e cognome del candidato", numerando progressivamente ciascuna PEC integrativa .
4. Si precisa che la validità della trasmissione del messaggio di Posta Elettronica Certificata è attestata rispettivamente dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna fornite dal gestore di posta elettronica, ai sensi dell'art. 6 del D.P.R. 11/02/2005, n. 68, per cui non risulta necessario chiamare gli uffici o spedire ulteriori e-mail.
5. Non saranno considerate valide le domande inviate oltre il termine di scadenza sopra indicato; al riguardo faranno fede la data e l'ora indicate nella ricevuta di accettazione, rilasciata dal gestore della Posta Elettronica Certificata.
6. 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 esclusione:
  - a. il proprio cognome, nome, luogo, data di nascita e codice fiscale;
  - b. il luogo di residenza;
  - c. di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea ovvero cittadinanza di paese non dell'Unione Europea (UE) limitatamente ai casi previsti e disciplinati dai commi 1 e 3 dell'art. 38, D.Lgs. 165/2001, e più precisamente: status di familiare di cittadino di Stato membro dell'Unione Europea e titolarità del diritto di soggiorno e/o del diritto di soggiorno permanente; titolarità di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo; titolarità dello status di rifugiato politico ovvero dello status di protezione sussidiaria;
  - d. di essersi iscritto/a al corso di laurea di medicina e chirurgia prima del 31 dicembre 1991
  - e. l'Ateneo e l'anno accademico di iscrizione alla Facoltà di medicina e chirurgia;
  - f. di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, indicando l'Università che ha rilasciato il diploma di laurea in medicina e chirurgia, il giorno, il mese e l'anno di conseguimento, ovvero l'anno e la sessione dell'esame;
  - g. di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, indicando l'Università presso cui è stato conseguito, il giorno, il mese e l'anno di conseguimento, ovvero l'anno accademico e la sessione dell'esame;
  - h. di essere abilitato ed iscritto all'albo professionale di un Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, indicando la provincia di iscrizione (fatto salvo quanto disposto dal comma 2 dell'art. 2 nell'ipotesi di iscrizione in corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea) e la data di iscrizione all'albo;
  - i. di essere/non essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia (se si specificare quale);
  - j. di non essere stato già ammesso in soprannumero in altri corsi di formazione specifica in medicina generale organizzati da questa Regione o da altre Regioni e Province Autonome.
7. Il candidato deve indicare nella domanda l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata presso il quale intende ricevere ogni comunicazione relativa alla presente procedura chè costituirà domicilio digitale del candidato nonché uno o più recapiti telefonici.

8. Tutte le comunicazioni relative al presente avviso saranno effettuate all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata del candidato. Eventuali variazioni di indirizzo di Posta Elettronica Certificata devono essere tempestivamente comunicate all'Amministrazione.
9. L'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione delle domande o di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del candidato oppure legate a mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo di Posta Elettronica Certificata indicato nella domanda né per eventuali disguidi di natura tecnica postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.
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 emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese dal concorrente, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000, il medesimo decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.
11. Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso la Regione Puglia per le finalità di gestione del corso e sono trattati presso una banca dati automatizzata anche successivamente all'eventuale ammissione al corso di formazione, per le finalità inerenti alla gestione del corso stesso. Il conferimento di tali dati è indispensabile per lo svolgimento delle procedure di ammissione. Le medesime informazioni potranno essere comunicate unicamente alle Amministrazioni Pubbliche direttamente interessate allo svolgimento del corso o alla posizione giuridico-economica del candidato. L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 della citata legge al quale si rinvia. Tali diritti potranno essere fatti valere dall'interessato nei confronti della Amministrazione regionale, titolare del trattamento.

#### **Art. 4**

##### **(Irricevibilità della domanda, cause di esclusione e di non ammissione al corso)**

1. Le domande presentate al di fuori del termine previsto dall'art. 3, comma 1, nonché in forma e/o con modalità diverse da quella ivi definite sono considerate irricevibili.
2. Costituiscono motivo di non ammissione al corso il difetto anche di uno solo dei requisiti di cui all'art. 2 del presente avviso nonché l'omissione di una delle dichiarazioni indicate come obbligatorie ai sensi dell'art. 3, comma 4, dell'avviso.

#### **Art. 5 (Ammissione al corso)**

1. Conclusa l'istruttoria sulle domande di partecipazione pervenute, l'esito della procedura è comunicato agli interessati a mezzo pubblicazione del provvedimento finale sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.
2. Con comunicazione inviata all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata, indicato ai sensi del precedente articolo 3, la Regione Puglia provvederà a convocare i candidati risultati in possesso dei requisiti richiesti per la partecipazione all'avviso.
3. I medici ammessi in soprannumero non hanno diritto alla borsa di studio e possono svolgere attività libero professionale compatibile con gli obblighi formativi.
4. L'ammissione in soprannumero dei candidati iscritti a scuole di specializzazione in medicina e chirurgia è subordinata alla dichiarazione con la quale l'interessato rinuncia al percorso formativo specialistico già intrapreso.
5. I medici ammessi in soprannumero saranno assegnati ai poli formativi che non abbiano raggiunto il limite massimo di tirocinanti previsto dal programma formativo del Corso Triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale, 2015 – 2018, della Regione Puglia.

**Art. 6 (Assicurazione)**

1. I medici frequentanti il corso di formazione debbono stipulare adeguata polizza 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. 7 (Disciplina del corso – rinvio)**

1. Il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale 2015-2018 della Regione Puglia, il cui inizio è previsto entro il mese di Novembre 2015, ha durata triennale e comporta un impegno dei partecipanti a tempo pieno, con obbligo della frequenza alle attività didattiche teoriche e pratiche.
2. Il corso si articola in attività didattiche pratiche e 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 4800 ore, di cui 2/3 rivolti 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, all'attività professionale e 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 fa rinvio alla disciplina contenuta nel D. Lgs. 17.8.1999 n. 368 e s.m.i., al Decreto del Ministro della Salute 7/3/2006 e al Bando di concorso per l'ammissione al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale 2015-2018, della Regione Puglia.

**Art. 8 (Procedimento)**

1. Il termine massimo entro il quale dovrà concludersi la procedura con l'adozione del provvedimento di ammissione in soprannumero al corso è il 27.11.2015.
2. Il Responsabile del procedimento è il Dott. Pasquale Marino, tel. 080/5403469 - Email [pasquale.marino@regione.puglia.it](mailto:pasquale.marino@regione.puglia.it).

**Alla Regione Puglia  
Assessorato alle Politiche della Salute  
Servizio P.A.O.S.A.  
Ufficio Risorse Umane ed Aziende  
Sanitarie  
Via Giovanni Gentile n. 52  
70126 BARI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome)

Nato/a a \_\_\_\_\_ (Provincia di \_\_\_\_\_) Stato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_

(Provincia di \_\_\_\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di essere ammesso/a in soprannumero al Corso Triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale 2015-2018, della Regione Puglia, di cui al D.lgs. n. 368 del 17.08.1999 e s.m.i., indetto con Deliberazione di Giunta regionale n. 626 del 30.03.2015.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, del D.P.R. n.445 del 28.12.2000, per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria personale responsabilità:

1. di essere cittadino italiano o di Stato membro dell'Unione Europea ovvero cittadino di paese non dell'Unione Europea(indicare la cittadinanza di altro stato dell'Unione Europea) \_\_\_\_\_, limitatamente ai casi previsti e disciplinati dai commi 1 e 3 dell'art. 38, D. Lgs. 165/2001, e più precisamente \_\_\_\_\_;
2. di essersi iscritto al corso di laurea in medicina e chirurgia nell'Anno Accademico \_\_\_\_\_  
(deve essere antecedente al 31.12.1991)  
presso l'Università degli Studi \_\_\_\_\_;
3. di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il \_\_\_\_\_  
(gg/mm/aaaa; la data deve essere successiva al 31.12.1994)

ovvero nella sessione \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_;

4. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita il \_\_\_\_\_  
ovvero nella sessione \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi \_\_\_\_\_  
(indicare sessione ed anno)  
\_\_\_\_\_;

5. di essere iscritto/a all'albo dei medici dell'ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa);

6. di non essere/ essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia (*se si indicare quale*)  
\_\_\_\_\_;

7. di non essere stato già ammesso in soprannumero in altri corsi di formazione specifica in medicina generale organizzati da questa Regione o da altre Regioni e Province Autonome.

Dichiara di accettare tutte le disposizioni del presente avviso.

Dichiara inoltre di voler ricevere ogni comunicazione relativa alla presente procedura, al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: \_\_\_\_\_,  
impegnandosi a comunicare eventuali successive variazioni.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003, autorizza la Regione Puglia al trattamento dei dati personali forniti per le sole finalità di gestione del concorso ed autorizza la loro pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione e sui siti Internet della Regione Puglia.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**(\*) Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. le dichiarazioni mendaci e le falsità in atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade, ai sensi dell'art.75 D.P.R. 445/2000, dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.**

**N.B. ALLA DOMANDA DEVE ESSERE ALLEGATA COPIA DEL PROPRIO DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'.**