

ALL. B

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

*Art. 1 – Contingente*

1. Nella Regione Autonoma Friuli - Venezia Giulia, 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. 2 (**due**) 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 soddisfare uno dei seguenti requisiti:
  - a) essere cittadino italiano;
  - b) essere cittadino di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
  - c) essere cittadino non avente la cittadinanza di uno Stato membro in possesso di un diritto di soggiorno o di un diritto di soggiorno permanente (entrambi in corso di validità), essendo familiare di un cittadino di uno Stato membro (art. 38, comma 1, del D.Lgs n. 165/2001 e smi);
  - d) essere cittadino dei paesi terzi titolare di permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in corso di validità (art. 38, comma 3bis, del D.Lgs n. 165/2001 e smi);
  - e) essere cittadino dei paesi terzi titolare dello status di rifugiato in corso di validità (art. 38, comma 3bis, del D.Lgs. n. 165/2001 e smi);
  - f) essere cittadino dei paesi terzi titolare dello status di protezione sussidiaria in corso di validità (art. 38, comma 3bis, del D.Lgs. n. 165/2001 e smi);
2. Per l'ammissione al corso, il candidato che soddisfa uno dei requisiti di cui al comma 1, deve, altresì, essere in possesso:
  - a) del diploma di laurea in medicina e chirurgia;  
nonché dei seguenti requisiti:
  - 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 Autonoma Friuli - Venezia Giulia 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 Autonoma Friuli - Venezia Giulia 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'inizio 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 punto 2 lettera c), prima della data di inizio ufficiale del Corso.

*Art. 3 – Domanda e termine di presentazione*

1. La domanda di ammissione deve essere prodotta, a pena di irricevibilità, esclusivamente tramite procedura telematica **presente sul sito** dell'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (di seguito in breve ARCS) collegandosi al link <https://arcssanitaavg.iscrizioneconcorsi.it/>, come da istruzioni allegate.
2. La domanda dovrà essere presentata entro il termine perentorio di 30 giorni, previsto a pena di irricevibilità, a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso per estratto nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.
3. La procedura per la presentazione delle domande sarà attiva a partire dalle ore 00 del giorno successivo alla data di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della Repubblica e verrà automaticamente disattivata alle ore 23.59 del giorno di scadenza.
4. La compilazione della domanda potrà essere effettuata 24 ore su 24 da qualsiasi dispositivo collegato alla rete internet e dotato di un browser di navigazione tra quelli di maggiore diffusione (Chrome, SeaMonkey, Explorer, Firefox, Safari). Si consiglia di effettuare la registrazione e la compilazione con congruo anticipo per evitare un sovraccarico del sistema per il quale ARCS non si assume alcuna responsabilità. Le istruzioni operative per la compilazione della domanda on line sono riportate in calce al presente bando e ne formano parte integrante.
5. 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.
6. Nella compilazione della domanda il candidato dovrà dichiarare sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, e a pena di inammissibilità della domanda:
  - 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 espresso 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 inizio ufficiale del corso (qualora il candidato dichiara di non essere iscritto all'ordine), pena la non ammissione allo stesso;

nella domanda, corredata da copia di documento di identità in corso di validità, dovrà essere dichiarato, inoltre:

- a) 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;
  - b) di essere/non essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia o a dottorati di ricerca (*specificare quale*);
  - c) di aver conseguito l'idoneità al concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale nella Regione Autonoma Friuli - Venezia Giulia specificando l'anno di partecipazione al concorso, precedente a quello relativo al triennio 2020-2023;
  - d) 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 Autonoma Friuli - Venezia Giulia relativo al triennio 2020-2023;
  - e) di aver svolto gli incarichi specificati nell'Allegato B1) ai fini del calcolo del punteggio di anzianità di servizio di cui all'art. 3, titolo II "Titoli di servizio", ACN 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.
7. La domanda dovrà essere sottoscritta dal candidato a pena di nullità della stessa. La firma non dovrà essere autenticata. Alla domanda dovrà essere allegata copia di un documento di identità in corso di validità. I candidati non dovranno allegare alla domanda alcuna documentazione comprovante le dichiarazioni riferite a titoli conseguiti in Italia. 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 sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese in domanda riservandosi la possibilità di richiedere la documentazione relativa ai titoli conseguiti presso struttura estera.
8. Il candidato deve indicare nella domanda l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (nominativa personale e inequivocabilmente riconducibile all'interessato) che, per tutta la durata del corso, costituirà domicilio digitale presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa al corso. Il candidato dovrà comunicare le eventuali variazioni di domicilio, anche digitale, o recapito che si verifichino successivamente alla presentazione della domanda, e/o della graduatoria, al seguente indirizzo PEC arcs@certsanita.fvg.it precisando nell'oggetto il seguente riferimento: "Corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale triennio 2020-2023".

9. ARCS 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 fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.
10. A completamento della procedura di inoltro della domanda il candidato riceverà una mail dell'avvenuta iscrizione con allegata la copia del documento di identità e la domanda firmata.
11. Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per l'ipotesi di dichiarazioni mendaci, qualora dai controlli emerga la non veridicità della dichiarazione rese dal candidato che presenta la domanda, 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.

#### *Art. 4 –Graduatoria e Procedura di ammissione*

1. ARCS procede, come previsto dall'art. 12, comma 3, del decreto legge n. 35 del 2019, convertito dalla legge n. 60 del 2019, 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 al 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. ARCS 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 Friuli-Venezia Giulia.
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 della graduatoria di cui al comma 1 sul Bollettino Ufficiale della Regione
6. Tutte le informazioni sulla graduatoria e sulle attività conseguenti (in particolare per quanto riguarda le modalità e tempistiche di convocazione al corso) saranno reperibili al sito internet di ARCS al link <https://arcs.sanita.fvg.it/it/cittadini/concorsi/> alla sezione CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE, oltre che nel Bollettino Ufficiale della Regione e presso gli Ordini provinciali dei medici e chirurghi della Regione.

#### *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 B2) 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 dal comma 7, art. 16 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 compilazione della domanda che costituirà, ai sensi del comma 4, art. 3bis del D. Lgs. 82/2005 il proprio domicilio digitale.
2. Il candidato dovrà comunicare le eventuali variazioni di domicilio, anche digitale, o recapito che si verifichino successivamente alla presentazione della domanda. 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 dallo stesso 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.
2. Nella comunicazione di ammissione al corso verranno specificate anche le modalità e le tempistiche per accettare o rifiutare l'inserimento nel corso.
3. Entro 3 giorni lavorativi a decorrere dal giorno seguente alla trasmissione della comunicazione di cui ai punti precedenti, il candidato dovrà far pervenire l'accettazione o il rifiuto all'inserimento al Corso con le modalità indicate nella medesima comunicazione di ammissione al corso. In caso di mancata accettazione (o comunicazione) entro il termine suddetto il candidato si considera decaduto.

4. I candidati utilmente collocati nella graduatoria - ma non ancora in possesso del requisito dell'iscrizione ad un albo professionale dei medici chirurghi di un Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Repubblica Italiana alla data di scadenza del presente avviso - **prima dell'inizio ufficiale del corso, dovranno inviare a mezzo PEC**, all'indirizzo arcs@certsanita.fvg.it comunicazione con la quale, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, dovranno dichiarare **di essere iscritti ad un albo professionale dei medici chirurghi di un Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Repubblica Italiana**, indicando la provincia e il numero di iscrizione.

**In mancanza della dichiarazione di cui sopra, i candidati interessati non saranno ammessi a frequentare il corso.**

5. I candidati utilmente collocati nella graduatoria iscritti a scuole di specializzazione in medicina e chirurgia o a 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 al dottorato di ricerca già intrapreso, 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 del corso.
2. Lo scorrimento della graduatoria viene effettuata con le modalità indicate ai punti 1., 2. e 3. del precedente art.8.
3. ARCS 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 ai successivi trienni formativi.

*Art. 10 - Trasferimenti ad altra Regione*

1. In presenza di sopravvenute esigenze personali, è previsto il trasferimento del medico ammesso tramite graduatoria riservata tra Regioni o tra Regione e Provincia autonoma solo qualora:
  - 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 debbono essere coperti da 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 da ARCS.

*Art. 12 - Disciplina del corso - rinvio*

1. L'inizio del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale 2020-2023 è previsto entro il mese di aprile 2021, ha durata di tre anni e comporta un impegno dei partecipanti a tempo pieno, con obbligo della frequenza alle attività didattiche teoriche e pratiche previste.
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 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 Bando si fa rinvio alla disciplina contenuta nel D. Lgs. 17.8.1999 n. 368, nel Decreto del Ministero della Salute 7 marzo 2006, e successive loro modificazioni.

*Art. 13 – Incompatibilità, Attività lavorativa e frequenza del corso*

1. Ai medici ammessi a frequentare il corso sono applicate le incompatibilità ordinarie previste dall'art. 11 del D.M. 07.03.2006, ivi comprese le eccezioni di cui all'art. 19 comma 11 della L. 448/2001.
2. Tali medici, laddove partecipino all'assegnazione degli incarichi convenzionali (cd incarichi temporanei), di cui all'art. 9, comma 1, del D.L. 135/2018, convertito in legge con modificazioni n. 12/2019, entro i limiti temporali (fino al 31.12.2021), territoriali e di massimale, nonché secondo gli ordini di priorità previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale vigente, potranno derogare al regime di incompatibilità previsto dall'art. 11 del D.M. 07.03.2006, limitatamente a tali incarichi.
3. In applicazione dell'accordo collettivo nazionale con i medici di medicina generale vigente, ai medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale 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 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 per i medici 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).
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'inizio 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 l'avv. Fosca Togni ([fosca.togni@asugi.sanita.fvg.it](mailto:fosca.togni@asugi.sanita.fvg.it))

#### ISTRUZIONI OPERATIVE

##### **A): REGISTRAZIONE ON LINE NEL SITO AZIENDALE**

Collegarsi al sito internet: <https://arcssanitifvg.iscrizioneconcorsi.it/> cliccare su "pagina di registrazione" ed inserire i dati richiesti.

Prestare attenzione al corretto inserimento dell'indirizzo di posta elettronica (non PEC, non indirizzi generici o condivisi, ma mail personale), poiché alla stessa verranno inviate le credenziali provvisorie (Username e Password) di accesso al portale di iscrizione on-line dei concorsi (l'invio non è immediato quindi registrarsi con congruo anticipo).

Collegarsi, successivamente al ricevimento della mail, al link indicato nella stessa per modificare la password provvisoria con una password segreta e definitiva, necessaria per tutti gli accessi successivi al primo, attendere qualche secondo per essere automaticamente reindirizzati.

##### **B): ISCRIZIONE ON LINE**

Dopo aver inserito Username e Password definitiva, selezionare dal menù la voce "Selezioni"; da questa schermata si può accedere ai concorsi/avvisi attivi.

Cliccare l'icona "Iscriviti" corrispondente al concorso/avviso al quale si intende partecipare.

Accedere alla schermata di inserimento della domanda, in cui il candidato deve dichiarare i propri DATI ANAGRAFICI ed il POSSESSO DEI REQUISITI DI AMMISSIONE (generali e specifici) richiesti.

Si inizia dalla scheda "Anagrafica", da compilare in tutte le sue parti ed in cui va allegata la scansione del documento di identità, cliccando il pulsante "Aggiungi documento" (dimensione massima 1 Mb).

Cliccare il tasto "Compila" ed al termine dell'inserimento, confermare con il tasto in basso "Salva".

Proseguire con la compilazione delle ulteriori pagine di cui si compone il menù di navigazione (il cui elenco è disposto sul lato sinistro dello schermo, e che una volta compilate, risultano spuntate in verde).



Le pagine possono essere compilate in momenti diversi, in quanto è possibile accedere a quanto caricato ed aggiungere/correggere/cancellare i dati, fino a quando non si conclude la compilazione cliccando su "Conferma ed invio".

Terminata la compilazione di tutte le sezioni, cliccare su "Conferma ed invio".

Una volta confermata non è più possibile apporre modifiche alla domanda.

Dopo avere reso le dichiarazioni finali, cliccare su "conferma l'iscrizione"; successivamente comparirà la funzione STAMPA DOMANDA e sarà possibile stampare la domanda definitiva (priva della scritta facsimile).

Il candidato deve obbligatoriamente scaricare la domanda e sottoscrivere la stessa, quindi procedere al successivo upload cliccando il pulsante "Allega la domanda firmata".

Solo al termine di quest'ultima operazione si dovrà selezionare la voce "Invia l'iscrizione" per completare l'inoltro della domanda.

Il candidato riceverà una mail di conferma dell'avvenuta iscrizione con allegata la copia del documento d'identità e la domanda firmata.

Il mancato inoltro informatico della domanda firmata, con le modalità sopra descritte, determina l'automatica esclusione del candidato dal concorso di cui trattasi.

#### C): DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE DIGITALMENTE ALLA DOMANDA

La procedura telematica di presentazione della domanda richiede di effettuare la scannerizzazione e l'upload (termine con cui si indica l'azione di trasferimento di un file dal proprio PC su un web server) dei seguenti documenti:

I documenti che devono essere necessariamente allegati a pena di esclusione sono:

- documento di identità valido;
- documenti comprovanti i requisiti che consentono ai cittadini non italiani e non comunitari di partecipare al presente concorso (permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o la titolarità dello status di rifugiato, ovvero dello status di protezione sussidiaria);
- il Decreto ministeriale di riconoscimento del titolo di studio valido per l'ammissione, se conseguito all'estero;
- domanda prodotta tramite questo portale debitamente firmata in modo autografo. La domanda allegata non deve riportare la scritta fac-simile e deve essere completa di tutte le pagine di cui è composta (non solo l'ultima pagina con la firma).
- Allegato incarichi svolti - Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 46 e 47 D.P.R. N. 445 del 28/12/2000) - Titoli di servizio ed attività svolta per l'inserimento nella graduatoria riservata per l'ammissione al corso di formazione specifica in Medicina Generale 2020-2023 della Regione Friuli-Venezia Giulia.

I documenti che devono essere allegati pena la mancata decadenza dei benefici sono:

la certificazione medica attestante lo stato di disabilità comprovante la necessità di ausili e/o tempi aggiuntivi, ai sensi dell'art. 20 della Legge 5.02.1992, n. 104;

Nei casi suddetti effettuare la scannerizzazione dei documenti e l'upload seguendo le indicazioni e cliccando il bottone "aggiungi allegato", ponendo attenzione alla dimensione massima richiesta nel format. Consigliamo la lettura degli ultimi capitoli del MANUALE ISTRUZIONI (disponibile nelle sezioni di sinistra delle pagine web del sito) per eventuali indicazioni riguardo la modalità di unione di più file in uno unico di più pagine, la conversione in formato pdf e la riduzione in dimensioni.

Attenzione, vanno allegati esclusivamente i documenti richiesti esplicitamente dal format, pertanto non verranno presi in considerazione eventuali documenti allegati diversi da quelli specificatamente richiesti.

D): ASSISTENZA APPLICATIVO

Si segnala che è consultabile online il “manuale istruzioni” che riporta ulteriori specifiche, oltre a quelle presenti in fase di compilazione.

Per informazioni relative alla compilazione della domanda/assistenza tecnica selezionare la funzione “richiedi assistenza”; dette richieste saranno evase durante l'orario di lavoro e compatibilmente con gli altri impegni del servizio.

In ogni caso l'assistenza verrà garantita fino ai 2 giorni antecedenti la data di scadenza del bando.

ALLEGATO B1

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 2020-2023 DELLA REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

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 Friuli-Venezia Giulia: (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.....

- 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.*

**ALL B2)****INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

(art. 13 Regolamento 2016/679/UE (GDPR) – D.lgs n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) come modificato dal D.lgs n. 101 del 10 agosto 2018)

1. A mente delle disposizioni di cui all'art. 37 della LR n. 22/2019, Titolare del trattamento dei dati personali per le procedure di ammissione tramite graduatoria riservata ai sensi del DL 35/2019 relativa al triennio 2020 – 2023 è l'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS), nella persona del direttore generale, che assume la funzione di Centro per la formazione in sanità (CEFORMED). ARCS ha sede in via Pozzuolo n. 330 - 33100 Udine (Italia).
2. I dati di contatto del responsabile della protezione dei dati sono i seguenti: RDP ARCS - Via Pozzuolo n. 330 - 33100 Udine - telefono: 0432 1438031 email: rpd@arcs.sanita.fvg.it
3. Ai sensi del D.lgs n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) come modificato e integrato dal D.lgs n. 101/2018 e del Regolamento europeo 2016/679/UE (General Data Protection Regulation) ARCS si impegna a rispettare il carattere riservato delle informazioni fornite dall'interessato e il trattamento dei dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, proporzionalità.
4. Il trattamento dei dati forniti dagli interessati o, comunque, assunti in fase istruttoria è funzionale agli adempimenti relativi alla procedura di cui al presente avviso e, in particolare, per l'espletamento di questa selezione e per gli adempimenti connessi, strumentali e conseguenti alla procedura selettiva nonché per la gestione del corso di formazione specifica presso il CEFORMED ai sensi della normativa in materia.
5. Il conferimento dei dati da parte dei candidati è indispensabile per svolgere le attività e gli adempimenti di cui sopra nonché per la successiva frequenza del corso. L'eventuale mancato conferimento dei dati richiesti preclude la possibilità di svolgimento della procedura concorsuale e l'eventuale frequenza del corso.
6. Il trattamento dei dati è effettuato avvalendosi sia di mezzi informatici che cartacei protetti e non accessibili al pubblico e anche attraverso banca dati automatizzata. Il trattamento dei dati sarà effettuato anche successivamente all'eventuale ammissione al corso di formazione per le finalità inerenti alla gestione della frequenza dello stesso. Il trattamento dei dati forniti comprende anche la loro pubblicazione nella sola misura necessaria ai fini del concorso. Il trattamento dei dati è effettuato avvalendosi sia di mezzi informatici che cartacei protetti e non accessibili al pubblico. Il trattamento dei dati comprende anche la loro pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Friuli Venezia Giulia nelle sole misure necessarie e proporzionali alle finalità del presente procedimento.
7. Le informazioni relative ai dati personali potranno essere comunicate solo se necessaria alla finalità prevista e unicamente alle amministrazioni pubbliche direttamente interessate allo svolgimento del concorso, del corso o alla posizione giuridico-economica dei candidati stessi, e/o per assolvere, nell'ambito dell'istruttoria, a obblighi previsti dalla normativa vigente.
8. I dati personali dei candidati non sono trasferiti al di fuori dell'Unione europea.
9. I candidati, nella qualità di interessati, hanno diritto di accesso ai dati personali, di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano; di opporsi al trattamento rivolgendo le richieste al CEFORMED tramite PEC: arcs@certsanita.fvg.it di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.
10. I 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 forniti di propria iniziativa. I dati che, anche a seguito delle verifiche, risultano 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.