



R E G I O N E P U G L I A

ALLEGATO A

Avviso Pubblico per l'ammissione in soprannumero al Corso Triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Puglia 2017/2020.

Art. 1 (Ammissione medici in soprannumero)

1. E' indetto, ai sensi della Legge n. 401 del 29/12/2000, avviso pubblico per l'ammissione di medici in soprannumero al Corso Triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale, della Regione Puglia 2017/2020.

Art. 2 (Requisiti di ammissione)

1. Per l'ammissione al corso i candidati devono possedere i seguenti requisiti:
 - a) Cittadinanza italiana ovvero cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea ovvero cittadinanza di Paese non dell'Unione Europea (non UE). Limitatamente ai cittadini di Paese non dell'Unione Europea il possesso della cittadinanza deve essere accompagnata da una delle condizioni disciplinate ai commi 1 e 3bis del D.Lgs 165/2001: possesso dello 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.
 - c) Iscrizione al corso universitario di Laurea in Medicina e chirurgia prima del 31/12/1991.
 - d) Abilitazione all'esercizio della professione ed iscrizione all'Albo professionale di un Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Repubblica Italiana entro l'inizio del Corso triennale di formazione specifica in medicina generale.
2. I requisiti di cui ai punti a), b) e c) del co. 1 devono essere già posseduti alla data di scadenza del termine utile per la presentazione della domanda di ammissione al corso. Con riferimento al requisito di cui al punto d) , l'iscrizione al corrispondente Albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente comunque la partecipazione alla selezione, fermo restando l'obbligo di iscrizione all'Albo professionale di un Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Repubblica Italiana 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, a mezzo Posta Elettronica Certificata all'indirizzo risorseumaneaziendesanitarie@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. La domanda deve essere firmata dall'interessato con firma digitale in corso di validità rilasciata da un certificatore accreditato. Il termine ultimo di invio è fissato alle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso: ai fini del rispetto dei termini di invio fanno fede la data e l'ora indicati nella ricevuta di accettazione rilasciata dal gestore PEC. Non saranno considerate valide le domande inviate oltre il termine di scadenza sopra indicato. 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.



R E G I O N E P U G L I A

Nell'oggetto del messaggio di posta deve essere espressamente riportata la sub-dicitura: "Domanda di ammissione in soprannumero al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Puglia 2017-2020 – CANDIDATO [nome e cognome]".

2. Le istanze presentate tramite PEC devono rispettare le seguenti specifiche tecniche:
 - il formato del file allegato deve essere esclusivamente .pdf;
 - il file allegato deve avere una dimensione complessiva non superiore ai 10MB. Nel caso in cui fosse necessario superare tale capacità i candidati devono 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, – CANDIDATO [nome e cognome]", numerando progressivamente ciascuna PEC integrativa.
 - l'estensione del file firmato digitalmente deve essere.p7m.
3. 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, a pena di esclusione dal concorso:
 - a) il proprio nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale;
 - b) il luogo di residenza;
 - c) l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata presso il quale intende ricevere ogni comunicazione relativa alla presente procedura che costituirà domicilio digitale del candidato unitamente all'indicazione di uno o più recapiti telefonici;
 - d) di essere in possesso della cittadinanza italiana ovvero cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea ovvero cittadinanza di Paese non dell'Unione Europea (non UE). Limitatamente ai cittadini di Paese non dell'Unione Europea il possesso della cittadinanza deve essere accompagnata da una delle condizioni disciplinate ai commi 1 e 3bis del D.Lgs 165/2001: possesso dello 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.
 - e) di essersi iscritto al Corso di laurea in Medicina e chirurgia prima del 31.12.1991, con indicazione dell'Università presso la quale è stata effettuata la relativa iscrizione;
 - f) di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, indicando l'Università che lo ha rilasciato, il giorno, il mese e l'anno in cui è stato conseguito;
 - g) di non avere presentato domanda di ammissione in soprannumero al corso di formazione specifica in medicina generale in altra Regione o Provincia autonoma;
 - f) di essere/non essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia, specificando in caso positivo il corso di specialità;

Il candidato, al fine di consentire all'Amministrazione regionale la verifica del possesso del requisito richiesto dall'art. 2, comma 1, let. d), deve altresì dichiarare:

 - g) di essere/non essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, indicando in caso di possesso del titolo l'Università presso cui è stato conseguito, l'anno di conseguimento e la sessione di espletamento dell'esame;
 - h) di essere/non essere iscritto all' Albo professionale dei medici chirurghi di un Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Repubblica Italiana, indicando in caso positivo la provincia di iscrizione (fatto salvo quanto disposto dall'art. 2, comma 2, del presente bando nell'ipotesi di iscrizione in corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea).
4. 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.
5. 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



REGIONE PUGLIA

nella domanda, né per eventuali disguidi di natura tecnica o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

6. 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.
7. Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso la Regione Puglia esclusivamente per le finalità di gestione del corso.

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 quelle ivi definite sono considerate irricevibili.
2. Costituiscono motivo di esclusione dalla procedura il difetto anche di uno solo dei requisiti di cui all'art. 2, lett. a), b) e c) del presente avviso, nonché l'omissione di una delle dichiarazioni indicate come obbligatorie ai sensi dell'art. 3, comma 3, dell'avviso.

Art. 5 (Ammissione al corso)

1. Conclusa l'istruttoria sulle domande di partecipazione pervenute, l'esito del procedimento di ammissione è comunicato agli interessati a mezzo pubblicazione del provvedimento finale sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.
2. Con successiva comunicazione inviata all'indirizzo PEC, indicato dai candidati 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 al corso 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 della Regione Puglia 2017 – 2020.

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)

1. Il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Puglia 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 teoriche e pratiche 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, delle quali 2/3 rivolte all'attività



R E G I O N E P U G L I A

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 nè con il Servizio Sanitario Nazionale, nè 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., nel Decreto del Ministro della Salute 7/3/2006 e nel Bando di concorso per l'ammissione al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale 2017-2020, della Regione Puglia.

Art. 8 (Responsabile del procedimento)

1. Il Responsabile del procedimento è la Dott.ssa Angela Guerra, tel. 080/5403124 - Email angela.guerra@regione.puglia.it



R E G I O N E P U G L I A

Regione Puglia
Dipartimento Promozione della Salute
del Benessere Sociale e dello Sport per
Tutti
Sezione Strategie e Governo
dell'Offerta
Servizio Rapporti Istituzionali e
Capitale Umano S.S.R.
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 della Regione Puglia 2017-2020, indetto con Deliberazione di Giunta della Regione Puglia n. _____ del _____.

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) _____, e titolare della condizione giuridica soggettiva _____

_____ (i cittadini di Paese non UE devono indicare di trovarsi in una tra le seguenti condizioni: 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



R E G I O N E P U G L I A

soggiornanti di lungo periodo; titolarità dello status di rifugiato politico ovvero dello status di protezione sussidiaria);

2. di essersi iscritto al corso di laurea in medicina e chirurgia nell'Anno Accademico _____ presso l'Università degli Studi _____;
3. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e chirurgia, conseguito il _____ presso l'Università degli Studi _____;
4. di essere/ non essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita il _____ ovvero nella sessione _____ presso l'Università degli Studi _____;
5. di essere/non essere iscritto/a all'Albo dei medici dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di _____;
6. di essere/ non essere iscritto ad una Scuola di Specializzazione in Medicina e chirurgia (*in caso positivo indicare quale*) _____ presso l'Università degli Studi _____;
7. di non aver presentato domanda di ammissione in soprannumero al corso di formazione specifica in medicina generale organizzati in altre Regioni e/o 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 _____

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