
23_51_1_DDS_ASS OSP_59784_1_TESTO

Decreto del Direttore del Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera 7 dicembre 2023, n. 59784

Approvazione dell'Avviso per l'assegnazione di incarichi vacanti di medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria relativi all'anno 2023 - Pubblicazione straordinaria 2023.

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO

VISTO il Regolamento di organizzazione dell'Amministrazione regionale e degli enti regionali, di cui al D.P.Reg. 27 agosto 2004, n. 0277/Pres. e successive modifiche;

VISTA la D.G.R. n. 342 dd. 6/3/2020, di nomina del dott. Alfredo Perulli a Direttore di Servizio Assistenza Distrettuale e Ospedaliera della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità;

VISTO l'articolo 34 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 28.04.2022 (di seguito in breve ACN), il quale reca i criteri, le modalità e le procedure per l'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria;

VISTO altresì l'articolo 34, comma 27 dell'ACN il quale prevede che per impreviste vacanze di incarichi o per sopravvenute esigenze straordinarie la Regione, o il soggetto da questa individuato, successivamente alla conclusione delle procedure di cui ai commi da 1 a 19, può procedere in corso d'anno, alla pubblicazione di ulteriori avvisi secondo i termini, i criteri e le modalità determinati nel presente articolo;

VISTO l'AIR della medicina generale per l'applicazione dell'art.34, comma 1 dell'ACN, sottoscritto in data 4.10.2021 e approvato con DGR n. 1552 del 15 ottobre 2021;

VISTO altresì l'art.126 della L.R.8/2023 il quale dispone che le Aziende sono tenute a comunicare alla Regione in sede di richiesta di pubblicazione di incarichi vacanti le eventuali iniziative incentivanti offerte anche di concerto con l'Amministrazione Comunale locale, gli eventuali accordi stipulati per favorire l'esercizio delle attività a condizioni agevolate e ulteriori benefici eventualmente messi a disposizione dall'Azienda che verranno poi pubblicizzate sul bando allo scopo di favorire la copertura delle zone carenti;

DATO ATTO che per l'assegnazione degli incarichi vacanti si utilizza la graduatoria regionale per la medicina generale valevole per il 2023;

PRESO ATTO delle note di richiesta, pervenute da parte delle tre Aziende Sanitarie, conservate agli atti, e di quanto dichiarato dalle stesse nelle medesime, ai sensi dell'art. 34, comma 27, inerenti la pubblicazione di un ulteriore avviso di incarichi vacanti individuati dalle Aziende sanitarie, determinatisi per impreviste vacanze di incarichi o per sopravvenute esigenze straordinarie, elencati negli allegati 1 e 2 parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO, pertanto, di approvare l'avviso relativo all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria relativi all'anno 2023 - pubblicazione straordinaria 2023;

PRECISATO che la domanda dev'essere presentata nei termini e con le modalità dell'avviso dai medici interessati nel termine perentorio di 20 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R dell'avviso medesimo;

PRECISATO, altresì, che l'avviso in parola rimane comunque soggetto a qualsiasi futura diversa disposizione, anche contrattuale, o provvedimento, anche giurisdizionale e/o modifiche normative, che dovessero eventualmente intervenire successivamente alla sua pubblicazione, per cui l'Amministrazione si riserva l'eventuale revoca, modifica e/o sospensione delle procedure di cui all'avviso medesimo.

DECRETA

1. È approvato l'avviso relativo all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria relativi all'anno 2023 - pubblicazione straordinaria 2023, con uniti elenchi degli incarichi vacanti e relativi modelli di domanda, allegati al presente provvedimento di cui costituiscono parte integrante.

2. La domanda dev'essere presentata nei termini e con le modalità dell'avviso sub 1 dai medici interessati nel termine perentorio di 20 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R dell'avviso medesimo.

3. L'avviso in parola rimane comunque soggetto a qualsiasi futura diversa disposizione, anche contrattuale, o provvedimento, anche giurisdizionale e/o modifiche normative, che dovessero eventualmente intervenire successivamente alla sua pubblicazione, per cui l'Amministrazione si riserva l'eventuale revoca, modifica e/o sospensione delle procedure di cui all'avviso medesimo.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia.

Trieste, 7 dicembre 2023

PERULLI

DIREZIONE CENTRALE SALUTE, POLITICHE SOCIALI E DISABILITA'**AVVISO****INCARICHI VACANTI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA E AD ATTIVITÀ ORARIA PRESSO LE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA RELATIVI ALL'ANNO 2023 – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2023**

(Art.34 comma 27 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale dd. 28.04.2022 di seguito ACN)

Si provvede alla pubblicazione straordinaria per l'annualità 2023 degli elenchi degli **incarichi vacanti** di medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria, come individuati dalle competenti Aziende Sanitarie, determinatisi per impreviste vacanze di incarichi o per sopravvenute esigenze straordinarie, da assegnare secondo le procedure previste dall'articolo 34 dell'ACN e dall'AIR della medicina generale per l'applicazione dell'art.34, comma 1 dell'ACN, sottoscritto in data 4.10.2021 e approvato con DGR n. 1552 del 15 ottobre 2021.

A) AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA**Art. 1****Ambiti carenti**

1. Gli ambiti territoriali carenti disponibili, come comunicati dalle Aziende sanitarie, sono riportati nello specifico elenco allegato (**allegato 1**).
2. Poiché le Aziende in applicazione di quanto previsto dall'art. 34 dell'ACN hanno individuato anche gli incarichi che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, si fa presente che per essi è stata specificata la decorrenza dalla quale l'incarico sarà effettivamente vacante. Si precisa che ai sensi dell'*Accordo Integrativo Regionale per l'applicazione dell'art.34 comma 1 dell'ACN*, sottoscritto in data 4 ottobre 2021 gli ambiti territoriali vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta che si renderanno disponibili nel corso dell'anno sono da intendersi quelli definiti dall'arco temporale di 12 mesi a decorrere dal 31 marzo di ogni anno.
In tali casi gli adempimenti procedurali diretti al perfezionamento del conferimento dell'incarico previsti dall'ACN trovano attuazione alla vacanza dell'incarico medesimo.
È comunque fatta salva ogni eventuale variazione sull'effettiva decorrenza che dovesse intervenire in ambito aziendale.

Art. 2**Requisiti di partecipazione**

1. Possono concorrere per l'assegnazione degli incarichi di medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta di cui allo specifico elenco costituente **allegato 1**:
 - a) i medici già titolari di un incarico a tempo indeterminato del ruolo unico a ciclo di scelta, iscritti da almeno due anni in un elenco della Regione che pubblica l'avviso e quelli iscritti da almeno quattro anni in un elenco di altra Regione, che al momento dell'attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del S.S.N., eccezion fatta per attività del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria. Al fine del computo del suddetto requisito è valutata la titolarità di incarico di assistenza

primaria ai sensi dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. (art. 34, comma 5, lett. a) lett. i), dell'ACN - procedura del **TRASFERIMENTO**);

- b) i medici inclusi nella graduatoria regionale** valida per l'anno in corso, ossia valida per l'anno 2023 (art. 34, comma 5, lett. b), dell'ACN);
- c) i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2023** (la data di riferimento è il 31/1/2022), autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di assegnazione degli incarichi vacanti di cui al presente avviso (art. 34, comma 5, lett. c), dell'ACN);
- d) i medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale presso la Regione Friuli Venezia Giulia**, ai sensi dell'art. 34, commi 18 e 19 dell'ACN, verranno interpellati successivamente qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 34, comma 5 dell'ACN uno o più ambiti territoriali del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta rimarranno vacanti.

Avvertenze

1. I medici già titolari di incarico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta a tempo indeterminato/temporaneo possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.
2. Per i titoli di studio o di formazione specifica in medicina generale conseguiti all'estero nella domanda di partecipazione vanno indicati gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza rilasciato dal Ministero della Salute e deve essere allegata copia dello stesso.

Art. 3

Criteria per l'assegnazione degli incarichi

1. L'assegnazione degli incarichi seguirà il seguente ordine di assegnazione:
 - medici di cui al precedente art. 2, comma 1, lettera a);
 - medici di cui al precedente art. 2, comma 1, lettera b);
 - medici di cui al precedente art. 2, comma 1, lettera c);
 - medici di cui al precedente art. 2, comma 1, lettera d);
2. ***i medici di cui all'art. 2, comma 1, lett. a) – trasferimento*** – I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti complessivamente disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionari ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano all'unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento.
Per l'assegnazione di tali incarichi i medici sono graduati in base all'anzianità d'incarico a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta/assistenza primaria, detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico di cui all'articolo 22, comma 1, secondo quanto stabilito dall'art. 34, comma 7, dell'A.C.N.
I requisiti di anzianità devono essere posseduti al termine ultimo di scadenza della presentazione della domanda, previsto nell'avviso.
In caso di pari posizione in graduatoria, i medici sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, ai sensi dell'art. 34, comma 10, dell'A.C.N.
3. ***i medici di cui all'art. 2, comma 1, lett. b) – graduatoria*** – sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
 - punteggio riportato nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2023;
 - punti 5 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente (per attività a ciclo di scelta) per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la

presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che abbiano mantenuto tale requisito fino al conferimento dell'incarico;

- punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che abbiano mantenuto tale requisito fino al conferimento dell'incarico.

In caso di pari posizione in graduatoria, i medici sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

Per l'assegnazione degli incarichi le Regioni riservano una percentuale, calcolata sul numero complessivo di incarichi a livello regionale:

- a) 80% a favore dei medici in possesso del **titolo di formazione specifica in medicina generale**;
- b) 20% a favore dei medici in possesso di **titolo equipollente** al titolo di formazione specifica in medicina generale.

Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande, incarichi spettanti ad una delle riserve di cui al comma precedente, gli stessi vengono assegnati all'altra.

Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi possono concorrere esclusivamente per una delle riserve e pertanto dichiarano nella domanda la riserva per la quale intendono concorrere.

4. ***i medici di cui all'art. 2, comma 1, lett. c) – con il diploma di formazione specifica in medicina generale acquisito successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2023 (data di riferimento 31/1/2022) – sono graduati*** nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, nell'Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

5. ***i medici di cui all'art. 9, comma 1, del DL 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12 e dell'art.3 della L.401/2000 e in SUBORDINE i medici di cui all'art. 12, comma 3, del DL 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60– iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia –***

L'interpello seguirà il seguente ordine:

- medici frequentanti la terza annualità di frequenza del corso;
 - medici frequentanti la seconda annualità di frequenza del corso;
 - medici frequentanti la prima annualità di frequenza del corso.
- a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso (n.b. per coloro che sono entrati al corso in via di scorrimento della graduatoria si intende la data di inizio della frequenza).

A parità di annualità di frequenza in ciascuna categoria, i medici sono ordinati in base ai seguenti criteri:

- minore età al conseguimento del diploma di laurea;
- voto di laurea;
- anzianità di laurea;

con priorità di interpello per i medici residenti nell'ambito carente, nell'Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

B) INCARICHI VACANTI DI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITÀ ORARIA

Art. 1

Incarichi disponibili

1. Gli incarichi vacanti disponibili, come comunicati dalle Aziende sanitarie, sono riportati nello specifico elenco allegato (**allegato 2**).

2. Poiché le Aziende in applicazione di quanto previsto dall'art. 34 dell'ACN hanno individuato anche gli incarichi che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, si fa presente che per essi è stata specificata la decorrenza dalla quale l'incarico sarà effettivamente vacante.
In tali casi gli adempimenti procedurali diretti al perfezionamento del conferimento dell'incarico previsti dall'ACN trovano attuazione alla vacanza dell'incarico medesimo.
È comunque fatta salva ogni eventuale variazione sull'effettiva decorrenza che dovesse intervenire in ambito aziendale.

Art. 2

Requisiti di partecipazione

1. Possono concorrere per l'assegnazione degli incarichi di medico del ruolo di assistenza primaria ad attività oraria di cui allo specifico elenco costituente **allegato 2**:
 - a) i medici già titolari di un incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria da almeno due anni in un'Azienda della Regione che pubblica l'avviso e quelli titolari in un'Azienda di altra Regione da almeno tre anni, che al momento dell'attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del S.S.N., eccezion fatta per i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta con un carico inferiore a 650 assistiti. Al fine del computo del suddetto requisito è valutata la titolarità di incarico di continuità assistenziale ai sensi dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. (art. 34, comma 5, lett. a) lett.ii), dell'ACN - procedura del **TRASFERIMENTO**);
 - b) **i medici inclusi nella graduatoria regionale** valida per l'anno in corso, ossia valida per l'anno 2023 (art. 34, comma 5, lett. b), dell'ACN);
 - c) **i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2023** (data di riferimento 31/1/2022), autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di assegnazione degli incarichi vacanti di cui al presente avviso (art. 34, comma 5, lett. c), dell'ACN);
 - d) **i medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale presso la Regione Friuli Venezia Giulia**, ai sensi dell'art. 34, commi 18 e 19 dell'ACN, verranno interpellati successivamente qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 34, comma 5 dell'ACN, uno o più incarichi di ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria rimarranno vacanti.

Avvertenze

1. I medici già titolari di incarico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria a tempo indeterminato/temporaneo possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.
2. Per i titoli di studio o di formazione specifica in medicina generale conseguiti all'estero nella domanda di partecipazione vanno indicati gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza rilasciato dal Ministero della Salute e deve essere allegata copia dello stesso.

Art. 3

Criteri per l'assegnazione degli incarichi

1. L'assegnazione degli incarichi seguirà il seguente ordine di assegnazione:
 - i medici di cui al precedente art. 2, comma 1, lettera a);
 - i medici di cui al precedente art. 2, comma 1, lettera b);
 - i medici di cui al precedente art. 2, comma 1, lettera c);

- i medici di cui al precedente art. 2, comma 1, lettera d);

2. i medici di cui all'art. 2, comma 1, lett. a) – trasferimento – I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza della metà degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionari ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano all'unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento.

Per l'assegnazione di tali incarichi i medici sono graduati in base all'anzianità d'incarico a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria / continuità assistenziale, detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico di cui all'articolo 22, comma 1, secondo quanto stabilito dall'art. 34, comma 7, dell'A.C.N.

I requisiti di anzianità devono essere posseduti al termine ultimo di scadenza della presentazione della domanda, previsto nell'avviso.

In caso di pari posizione in graduatoria, i medici sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, ai sensi dell'art. 34, comma 10, dell'A.C.N.

3. i medici di cui all'art. 2, comma 1, lett. b) – graduatoria – sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- punteggio riportato nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2023;
- punti 5 a coloro che nell'ambito dell'Azienda, nella quale è vacante l'incarico ad attività oraria per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che abbiano mantenuto tale requisito fino al conferimento dell'incarico;
- punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che abbiano mantenuto tale requisito fino al conferimento dell'incarico.

In caso di pari posizione in graduatoria, i medici sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

Per l'assegnazione degli incarichi le Regioni riservano una percentuale, calcolata sul numero complessivo di incarichi a livello regionale:

- a) 80% a favore dei medici in possesso del **titolo di formazione specifica in medicina generale**;
- b) 20% a favore dei medici in possesso di **titolo equipollente** al titolo di formazione specifica in medicina generale.

Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande, incarichi spettanti ad una delle riserve di cui al comma precedente, gli stessi vengono assegnati all'altra.

Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi possono concorrere esclusivamente per una delle riserve e pertanto dichiarano nella domanda la riserva per la quale intendono concorrere.

4. i medici di cui all'art. 2, comma 1, lett. c) – con il diploma di formazione specifica in medicina generale acquisito successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2023 (data di riferimento 31/1/2022) – sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

5. i medici di cui all'art. 9, comma 1, del DL 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12 e dell'art.3 della L.401/2000 e in SUBORDINE i medici di cui all'art. 12, comma 3, del DL 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60– iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia L'interpello seguirà il seguente ordine:

- medici frequentanti la terza annualità di frequenza del corso;
- medici frequentanti la seconda annualità di frequenza del corso;
- medici frequentanti la prima annualità di frequenza del corso.

a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso (n.b. per coloro che sono entrati al corso in via di scorrimento della graduatoria si intende la data di inizio della frequenza).

A parità di annualità di frequenza in ciascuna categoria, i medici sono ordinati in base ai seguenti criteri:

- minore età al conseguimento del diploma di laurea;
- voto di laurea;
- anzianità di laurea;

con priorità di interpello per i medici residenti nel territorio aziendale, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

C) MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE E ALTRE DISPOSIZIONI PER I MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA E AD ATTIVITÀ ORARIA

Art. 1

Termini e presentazione della domanda

1. I medici interessati all'assegnazione di un incarico vacante di cui al presente avviso presentano apposita domanda redatta secondo gli schemi costituenti i seguenti allegati:

➤ **MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA**

- **all. 3:** schema di domanda per trasferimento – medici di cui al paragrafo A, art. 2, comma 1, lettera a);
- **all. 4:** schema di domanda per graduatoria – medici di cui al paragrafo A, art. 2, comma 1, lettera b);
- **all. 5:** schema di domanda per i medici con il diploma di formazione specifica in medicina generale acquisito successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2023 – medici di cui al paragrafo A, art. 2, comma 1, lettera c);
- **all. 6:** schema di domanda per iscritti al corso di formazione - medici di cui al paragrafo A, art.2, comma 1, lettera d) (**medici di cui all'art. 9, comma 1, del DL 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12 e dell'art.3 della L.401/2000 e IN SUBORDINE i medici di cui all'art. 12, comma 3, del DL 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60**);

➤ **MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA**

- **all. 7:** schema di domanda per trasferimento – medici di cui al paragrafo B, art. 2, comma 1, lettera a);
- **all. 8:** schema di domanda per graduatoria – medici di cui al paragrafo B, art. 2, comma 1, lettera b);
- **all. 9:** schema di domanda i medici con il diploma di formazione specifica in medicina generale acquisito successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2023 – medici di cui al paragrafo B, art. 2, comma 1, lettera c);
- **all. 10:** schema di domanda per iscritti al corso di formazione - medici di cui al paragrafo B, art. 2, comma 1, lettera d) (**medici di cui all'art. 9, comma 1, del DL 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12 e dell'art.3 della L.401/2000 e IN SUBORDINE i medici di cui all'art. 12, comma 3, del DL 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60**);

2. La domanda va presentata **entro e non oltre il termine perentorio di 20 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R. del presente avviso:**

- per trasferimento: **ALL'AZIENDA SANITARIA TERRITORIALMENTE COMPETENTE.**
- per graduatoria, per i medici con il diploma di formazione specifica in medicina generale acquisito successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2023 e per i medici di cui all'art. 9, comma 1, del DL 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12 e dell'art.3 della L.401/2000 e in SUBORDINE i medici di cui all'art. 12, comma 3, del DL 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60– iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia **ALLA DIREZIONE CENTRALE SALUTE POLITICHE SOCIALI E DISABILITÀ.**

3. Alla domanda va applicata una marca da bollo da euro 16,00, debitamente annullata (La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, deve essere annullata tramite apposizione della data e della firma in parte sulla stessa marca e in parte sul modulo).
4. La domanda – **a pena di esclusione – è sottoscritta** dal candidato. Sempre **a pena di esclusione alla domanda va allegata copia di un documento di identità** in corso di validità (fronte-retro).
5. La domanda va presentata, entro il suddetto termine perentorio, esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata (PEC) personale dell'interessato all'indirizzo PEC:
 - **dell'Azienda sanitaria territorialmente competente** (*domanda per trasferimento*)
 - asugi@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI)
 - asufc@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC)
 - asfo.protgen@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO)
 - **della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità** salute@certregione.fvg.it (*domanda per graduatoria, per i medici con il diploma di formazione specifica in medicina generale acquisito successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2023 e per i medici di cui all'art. 9, comma 1, del DL 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12 e dell'art.3 della L.401/2000 e in SUBORDINE i medici di cui all'art. 12, comma 3, del DL 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60– iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia*)

Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura:

- “domanda incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta 2023 – pubblicazione straordinaria 2023”;
o
- “domanda incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria 2023 – pubblicazione straordinaria 2023”.

Ai fini dell'accertamento del rispetto del termine di scadenza, la data di spedizione è stabilita e comprovata dalla data di spedizione della comunicazione, come risultante dalla marcatura temporale prevista dal sistema di trasmissione della PEC. Il termine ultimo di invio è fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso.

La domanda di partecipazione è sottoscritta con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure è sottoscritta manualmente, scannerizzata e presentata unitamente alla copia scannerizzata di un documento di identità. Tutte le scansioni sono in formato PDF.

6. La presentazione delle domande di partecipazione con qualsiasi modalità diversa da quella descritta al precedente comma 5 comporta l'esclusione dal presente procedimento di assegnazione di incarichi vacanti. Non è, pertanto, ritenuto valido e comporta l'esclusione l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria oppure da PEC non personale del candidato, anche se indirizzate alla PEC dell'Amministrazione competente.
7. Il candidato è tenuto a comunicare tempestivamente all'Amministrazione competente ogni eventuale cambiamento di recapito successivo alla presentazione della domanda per consentire il corretto invio delle comunicazioni inerenti al presente avviso.
8. L'Amministrazione competente non assume alcuna responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatta o illeggibile indicazione del recapito da parte del medico o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo o recapito indicato nella domanda, né per eventuali

disguidi postali, telegrafici, del sistema informatico o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Art. 2

Criteri per la compilazione della domanda

1. Il candidato - **a pena di inammissibilità della domanda - è tenuto a indicare gli ambiti/incarichi vacanti per cui intende concorrere.** È sufficiente presentare una sola domanda per categoria nella quale sono indicati tutti gli ambiti/incarichi vacanti per cui si intende concorrere. **Nel caso un candidato voglia concorrere all'assegnazione di un incarico vacante a ciclo di scelta e un incarico vacante ad attività oraria dovrà inoltrare due domande con due bolli diversi. Ai medici con incarico temporaneo può essere attribuito un solo incarico a ciclo di scelta o ad attività oraria.**
2. Il candidato rende le dichiarazioni previste nella domanda come autocertificazione ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole delle conseguenze derivanti dalle dichiarazioni mendaci (art. 75 e 76 del DPR medesimo).
3. L'Amministrazione si riserva di procedere in ogni tempo, anche successivamente all'accettazione dell'incarico, ad idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni e la sussistenza dei requisiti.
4. Ai sensi della normativa vigente in materia di autocertificazione le dichiarazioni devono essere complete e riportare gli elementi informativi necessari per l'effettuazione dei relativi controlli. Le domande vanno, quindi, necessariamente compilate in modo chiaro e leggibile in tutte le sue parti e i candidati sono tenuti a fornire correttamente i dati specificamente richiesti (per es. soggetti pubblici/aziende con denominazione e indirizzo - periodi con data di inizio/fine nella forma gg/mm/aa).
5. In particolare, vanno correttamente rese le dichiarazioni con riferimento alla residenza rilevante ai fini dell'attribuzione del punteggio. La mancata indicazione degli elementi necessari comporta l'impossibilità di valutazione. Qualora i periodi non siano correttamente indicati verranno valutati a partire dall'ultimo giorno utile del mese/anno indicati.
6. **Non sono ammesse successive integrazioni delle domande già inviate e/o l'eventuale invio di correlati documenti o allegati in forma separata dalla domanda. Nel caso di invio di più domande si terrà conto soltanto dell'ultima domanda in ordine di arrivo purché pervenuta entro i termini.**
7. I medici possono essere ammessi a regolarizzare unicamente eventuali imperfezioni formali nel caso in cui le dichiarazioni presentino irregolarità o omissioni, rilevabili d'ufficio, non costituenti falsità ai sensi dell'art. 71 del DPR n. 445/2000.
8. L'eventuale termine fissato per la regolarizzazione ha carattere di perentorietà. Il mancato perfezionamento in tutto o in parte della irregolarità rilevata e/o l'inosservanza del termine perentorio fissato comportano l'esclusione dalla procedura di cui al presente avviso.
9. Con la presentazione della domanda il candidato accetta tutte le prescrizioni del presente avviso e dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati.

Art. 3

Pubblicità e richiesta di informazioni

1. Il presente avviso, unitamente ai suoi allegati, è pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e reso disponibile sul sito internet della Regione www.regione.fvg.it, nella voce di menù "La Regione", sezione "Bandi, concorsi, appalti", argomento "Bandi e avvisi".

2. Per informazioni è disponibile la e-mail: assistenza.salute@regione.fvg.it.

Art. 4

Graduatoria ed esclusioni predisposte dalla Regione

1. Le graduatorie predisposte dalla Regione ai sensi del presente avviso sono pubblicate sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e rese disponibili sul sito internet come indicato al precedente art. 3, comma 1.
2. Fatto salvo quanto già specificato, l'**esclusione** dalle procedure di assegnazione di cui al presente avviso ha luogo nei seguenti casi:
 - domanda pervenuta fuori termine utile;
 - carenza di requisiti di partecipazione;
 - domanda inviata con modalità diverse da quelle specificate nel presente avviso ivi compreso l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria o l'utilizzo di PEC non personale del candidato;
 - mancata sottoscrizione autografa della domanda qualora non sia sottoscritta con firma digitale;
 - mancata trasmissione, congiuntamente alla domanda, di fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.
3. Non sono, altresì, accolte le domande:
 - prive dell'indicazione degli ambiti/incarichi per cui si intende concorrere;
 - incomplete delle generalità o dell'indirizzo dei candidati o assolutamente illeggibile.
4. Ai sensi dell'art. 19 comma 9 dell'ACN il medico che accetta l'incarico assegnato dalla Regione in un settore del presente avviso (a ciclo di scelta o ad attività oraria) non potrà concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi dello stesso settore in base alla medesima graduatoria regionale per l'anno 2023.
5. Le esclusioni sono comunicate ai candidati mediante pubblicazione del provvedimento di adozione della graduatoria e/o tramite PEC.

Art. 5

Procedure di convocazione e di interpello inerenti alle domande presentate in Regione

1. Ai sensi dell'art. 34, comma 20 dell'ACN, **la data, l'orario e la sede** di convocazione dei candidati è comunicata con un preavviso di 15 giorni **esclusivamente mediante pubblicazione sul sito internet** della Regione www.regione.fvg.it nella voce di menù "La Regione", sezione "Bandi, concorsi, appalti", argomento "Bandi e avvisi".
2. La **PUBBLICAZIONE DELLA CONVOCAZIONE** avverrà indicativamente nei 7 giorni successivi alla pubblicazione sul sito istituzionale della Regione delle graduatorie suddette:
SI RACCOMANDA, QUINDI, AI CANDIDATI DI TENERE MONITORATO TALE SITO.
3. L'anzidetta pubblicazione vale quanto comunicazione personale ai singoli candidati, che pertanto dovranno presentarsi **nella data, nell'orario e nella sede** indicata muniti di valido documento di riconoscimento.
4. Ai sensi dell'art. 34, comma 22, dell'ACN, i candidati che non si presentano nel giorno, nell'ora e nella sede stabiliti in sede di convocazione secondo quanto previsto al precedente comma 1 sono considerati rinunciatari. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, mediante PEC unitamente alla fotocopia di un valido documento di identità, da far pervenire **due giorni prima** della data di convocazione, la propria disponibilità all'accettazione dell'incarico con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali abbia presentato domanda. L'assegnazione degli incarichi avverrà secondo l'ordine di posizione nelle rispettive graduatorie, tenuto conto delle priorità espresse.
5. Analogamente si procederà anche per gli altri interpellati.

6. L'Amministrazione si riserva la facoltà di modificare tempi, luoghi e modalità della convocazione e dell'interpello previa informazione ai candidati esclusivamente mediante **pubblicazione sul sito internet della Regione** come indicato al precedente comma 1 e sempre con un preavviso di almeno 15 giorni.

Art. 6
Disposizioni finali

1. Per tutto quanto non espressamente previsto dal presente avviso si fa riferimento alle vigenti disposizioni contrattuali e alla vigente normativa in materia.
2. Il presente avviso resta comunque soggetto a qualsiasi futura diversa disposizione, anche contrattuale, o provvedimento, anche giurisdizionale e/o modifiche normative che dovessero eventualmente intervenire successivamente alla sua pubblicazione, per cui l'Amministrazione si riserva l'eventuale revoca/modifica/sospensione delle procedure di cui al presente avviso.

All. 1

DIREZIONE CENTRALE SALUTE, POLITICHE SOCIALI E DISABILITA'**Aziende sanitarie della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia**

ELENCO DEGLI AMBITI TERRITORIALI DI MEDICI DI RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA PER L'ANNO 2023 – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2023 – ai sensi dell'art. 34 comma 27, ACN MMG e dell'AIR della medicina generale per l'applicazione dell'art.34, comma 1 dell'ACN, sottoscritto in data 4.10.2021 e approvato con DGR n. 1552 del 15 ottobre 2021.			
AZIENDE SANITARIE	AMBITI TERRITORIALI CARENTI	MEDICI	AGEVOLAZIONI SEGNALATE DALLE COMPETENTI AZIENDE SANITARIE ai sensi dell'art. 126 della L.R. 8/2023
Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina via G. Sai, 1-3 34128 TRIESTE	Ambito territoriale del comune di Trieste * di cui n. 2 con decorrenza dal 1.1.2024 e di cui n. 2 con decorrenza dal 1.3.2024	21* (di cui 1 con vincolo di apertura ambulatorio nella circoscrizione "Altopiano Ovest")	
	Ambito territoriale dei Comuni di Duino-Aurisina, Sgonico, Monrupino;	3 (di cui 1 con vincolo di apertura ambulatorio a Monrupino)	
	Ambito territoriale del comune di Muggia * di cui n. 1 con decorrenza dal 1.1.2024 e di cui n. 1 con decorrenza dal 29.2.2024	2*	
	Ambito territoriale dei Comuni di Gorizia, Mossa, San Floriano del Collio, Savogna d'Isonzo *di cui n. 1 con decorrenza dal 1.2.2024	10* (di cui: n. 1 con vincolo di apertura ambulatorio a Lucinico; n. 1 con vincolo di apertura ambulatorio a Mossa)	
	Ambito territoriale dei comuni di Cormons, Dolegna del Collio, Capriva del Friuli, Mariano del Friuli, Medea, Moraro, San Lorenzo Isontino;	4	

All. 1

	Ambito territoriale dei comuni di Doberdò del Lago, Fogliano Redipuglia, Ronchi dei Legionari, San Canzian d'Isonzo, San Pier d'Isonzo, Turriaco e Sagrado; * di cui n. 2 con decorrenza dal 1.1.2024	7* (di cui: n. 1 con vincolo di apertura ambulatorio a Sagrado; n. 2 con vincolo di apertura ambulatorio a San Canzian d'Isonzo; n.1 con vincolo di apertura ambulatorio a San Pier d'Isonzo)	
	Ambito territoriale dei comuni di Farra d'Isonzo, Gradisca d'Isonzo, Romans d'Isonzo e Villesse;	3	
	Ambito territoriale dei comuni di Monfalcone e Staranzano;	7 (di cui: n. 1 con vincolo di apertura ambulatorio a Staranzano; n. 3 con vincolo di apertura ambulatorio a Panzano;)	
Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale Via Pozzuolo, 330 33100 UDINE			
	Ambito territoriale del comune di Cervignano del Friuli	3	<u>Cervignano del Friuli</u> : disponibilità di uno studio professionale presso la sede distrettuale di Cervignano, arredato e messo a disposizione a titolo gratuito.
	Ambito territoriale dei Comuni di Bagnaria Arsa, Chiopris Viscone, Palmanova, Trivignano Udinese;	1	
	Ambito territoriale dei Comuni di Bicinicco, Gonars, Santa Maria La Longa;	3	<u>Bicinicco</u> : studio professionale arredato messo a disposizione gratuitamente almeno per sei-dodici mesi da una farmacia.
	Ambito territoriale dei Comuni di Latisana e Ronchis;	2	<u>Ronchis</u> : studio professionale messo a disposizione dall'amministrazione comunale a titolo gratuito per sei mesi.
	Ambito territoriale dei Comuni di	2	

**TOTALE
ASUGI**
=
57

All. 1

	Aquileia, Fiumicello-Villa Vicentina, Terzo d'Aquileia;		Studi professionali a titolo gratuito messi a disposizione dalle Amministrazione comunali.
	Ambito territoriale dei Comuni di Carlino, Porpetto, San Giorgio di Nogaro, Torviscosa, Marano Lagunare;	1	
	Ambito territoriale dei comuni di Palazzolo della Stella, Precenicco e Muzzana del Turgnano;	2	
	Ambito territoriale dei comuni di Pocenia, Rivignano-Teor;	1	
	Ambito territoriale dei comuni di Basiliano, Bertolo, Camino al Tagliamento, Castions di Strada, Codroipo, Lestizza, Mereto di Tomba, Mortegliano, Sedegliano, Talmassons, Varmo,	4 (di cui: n. 2 con vincolo di apertura ambulatorio a Codroipo; n. 1 con vincolo di apertura ambulatorio a Sedegliano; n. 1 con vincolo di apertura ambulatorio a Varmo)	<u>Codroipo</u> : l'Amministrazione Comunale mette a disposizione studi professionali a prezzi calmierati; <u>Sedeigliano</u> : l'Amministrazione comunale dispone di uno studio professionale.
	Ambito territoriale dei comuni di Amaro, Cavazzo Carnico, Tolmezzo, Verzegnis	2	
	Ambito territoriale dei comuni di Bordano, Chiusaforte, Dogna, Malborghetto - Valbruna, Moggio Udinese, Pontebba, Resia, Resiutta, Tarvisio, Trasaghis, Venzone, Osoppo;	5 (di cui: n. 1 con vincolo di apertura ambulatorio a Tarvisio)	<u>Chiusaforte</u> : disponibile studio professionale; <u>Dogna</u> : disponibile studio professionale; <u>Malborghetto Valbruna</u> : disponibile studio professionale; <u>Moggio Udinese</u> : disponibilità di due ambulatori presso il poliambulatorio con canone di affitto mensile di circa € 100,00; <u>Osoppo</u> : presso i locali dell'ex Struttura residenziale per anziani a disposizione studio professionale a titolo gratuito (a

All. 1

			<p>carico del professionista solo le utenze); <u>Ponterebba</u>: disponibilità di un alloggio al canone di affitto mensile di € 50,00 omnicomprensivo (spese incluse) - disponibilità di due ambulatori presso il poliambulatorio con canone di affitto mensile di circa € 100,00; <u>Resia</u>: disponibilità di studio professionale e alloggio a titolo gratuito (utenze incluse) <u>Resiutta</u>: disponibile studio professionale; <u>Tarvisio</u>: disponibilità di studio professionale presso il poliambulatorio con canone di affitto di poco superiore a € 100,00; <u>Trasaghis e Braulis</u>: studio professionale a un canone di locazione agevolato pari a € 130,00 mensili, utenze e pulizie incluse.</p>
	<p>Ambito territoriale dei comuni di Ampezzo, Arta Terme, Comeglians, Cercivento, Enemonzo, Forni Avoltri, Forni di Sopra, Forni di Sotto, Lauco, Ovaro, Paluzza, Paularo, Prato Carnico, Preone, Ravascletto, Raveo, Rigolato, Sauris, Socchieve, Sutrio, Villa Santina, Zuglio, Sappada, Treppo Ligosullo;</p>	8	<p><u>Arta Terme</u>: possibilità di usufruire di locali per l'apertura dello studio professionale presso lo stabilimento termale di Arta Terme; <u>Comeglians</u>: il Comune mette a disposizione gratuitamente (comprese le utenze) uno studio professionale adiacente ad una farmacia; <u>Paluzza</u>: il Comune offre gratuitamente le sedi ambulatoriali e mette a disposizione una unità abitativa posta in località Timau (esclusi i costi di energia e riscaldamento); <u>Paularo</u>: entro la metà del 2024 il Comune approverà un regolamento comunale per la concessione di contributi per le spese di gestione dei medici di medicina generale, indicativamente dell'importo di € 10,000,00 - 15,000,00/annui e manifesta la possibilità di valutare numerose sedi disponibili sull'intero territorio comunale; <u>Sauris</u>: il Comune offre a titolo gratuito sia l'ambulatorio comunale (comprese spese di riscaldamento, energia elettrica e pulizie settimanali) che un alloggio; <u>Zuglio</u>: il Comune mette a disposizione uno studio professionale gratuitamente ed un alloggio gratuito (escluse spese di riscaldamento ed energia elettrica).</p>

All. 1

	Ambito territoriale dei comuni di Buia, Colloredo di Monte Albano; Coseano, Dignano, Fagagna, Flaibano, Majano, Moruzzo, Ragogna, Rive d'Arcano, San Daniele del Friuli, San Vito di Fagagna, Treppo grande, Forgaria nel Friuli;	3 (di cui: n. 1 con vincolo di apertura ambulatorio a Buja; n. 1 con vincolo di apertura ambulatorio a Rive d'Arcano; n. 1 con vincolo di apertura ambulatorio a San Daniele del Friuli)	<u>Buja</u> : l'Amministrazione comunale mette a disposizione uno studio professionale; <u>Rive d'Arcano</u> : l'Amministrazione comunale mette a disposizione uno studio professionale.
	Ambito territoriale dei comuni di Tarcento, Lusevera, Magnano in Riviera, Nimis, Taipana	1	
	Ambito territoriale del comune di Remanzacco	1	
	Ambito territoriale del comune di Udine	5 (di cui: n. 1 con vincolo di apertura ambulatorio nella II Circoscrizione; n. 1 con vincolo di apertura ambulatorio nella V Circoscrizione)	
	Ambito territoriale dei comuni di Cividale del Friuli, Moimacco, Prepotto, Torreano	1	
	Ambito territoriale dei comuni di Drenchia, Grimacco, Pulfero, San Leonardo, San Pietro al Natisone, Savogna e Stregna;	2	
	Ambito territoriale dei comuni di Artegna, Gemona del Friuli, Montenars	1	<u>Artegna</u> : disponibilità di studio professionale ad un canone di affitto mensile di poco superiore a € 100,00.

All. 1

	Ambito territoriale dei comuni di Corno di Rosazzo, san Giovanni al Natisone	1	
	Ambito territoriale dei comuni di Buttrio, Premariacco;	1	
	Ambito territoriale dei comuni di Pavia di Udine, Pradamano;	1 (di cui: n. 1 con vincolo di apertura ambulatorio a Pradamano;)	<u>Pradamano</u> : disponibile studio professionale presso il poliambulatorio del Comune di Pradamano ad un canone mensile di circa € 400,00.
Azienda sanitaria Friuli Occidentale Via della Vecchia Ceramica, 1 33170 PORDENONE	Ambito territoriale dei comuni di Maniago, Frisanco, Vajont, Vivaro, Andreis, Barcis, Cimolais, Claut, Erto e Casso, Montereale Valcellina, Cavasso Nuovo, Meduno, Tramonti di Sopra, Tramonti di Sotto, Arba, Fanna;	5 (di cui: n.1 con vincolo di apertura ambulatorio a Maniago; n.1 con vincolo di apertura ambulatorio a Vajont; n.1 con vincolo di apertura ambulatorio a Montereale Valcellina; n.1 con vincolo di apertura ambulatorio a Cimolais; n.1 con vincolo di apertura ambulatorio a Cavasso Nuovo;)	
	Ambito territoriale del Comune di Aviano;	1	
	Ambito territoriale del Comune di Azzano Decimo	2	
	Ambito territoriale del Comune di Brugnera;	2	
	Ambito territoriale dei comuni di Caneva, Polcenigo, Budoia;	2	
	Ambito territoriale del Comune di Cordenons;	2	
	Ambito territoriale del Comune di Fiume Veneto	3	
	Ambito territoriale del Comune di Fontanafredda	4	

**TOTALE
ASUFC**

=

51

All. 1

	Ambito territoriale del Comune di Roveredo in Piano, San Quirino;	1	
	Ambito territoriale del Comune di Pordenone;	4	
	Ambito territoriale del Comune di Sacile;	3	
	Ambito territoriale dei comuni di Travesio, Sequals, Castelnuovo del Friuli, Clauzetto, Pinzano al Tagliamento, Vito D'Asio;	2	
	Ambito territoriale dei comuni di Chions e Pravisdomini	3	
	Ambito territoriale dei Comuni di Cordovado, Morsano e Sesto al Reghena;	2	
	Ambito territoriale del Comune di Spilimbergo;	1	
	Ambito territoriale del Comune di San Vito al Tagliamento;	2	
	Ambito territoriale del Comune di Porcia;	1	
	Ambito territoriale del Comune di Pasiano di Pordenone, Prata di Pordenone	1	

TOTALE
ASFO
=
41

NB: I vincoli, le agevolazioni e le decorrenze* sono stati riportati così come da comunicazioni pervenute dalle Aziende sanitarie competenti nella gestione degli incarichi convenzionali.

TOTALE FVG = 149

All. 2

DIREZIONE CENTRALE SALUTE, POLITICHE SOCIALI E DISABILITA'

Aziende sanitarie della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

ELENCO DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICI DI RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA PER L'ANNO 2023 – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2023. ai sensi dell'art. 34 comma 27, ACN MMG	
AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA	INCARICHI VACANTI
Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina (ASUGI) via G. Sai, 1-3 34128 TRIESTE	54* *di cui uno con decorrenza dal 1.1.2024
Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASUFC) Via Pozzuolo, 330 33100 UDINE	84
Azienda sanitaria Friuli Occidentale (ASFO) Via della Vecchia Ceramica, 1 33170 PORDENONE	58

NB: Le decorrenze* sono state riportate così come da comunicazioni pervenute dalle Aziende sanitarie competenti nella gestione degli incarichi convenzionali.

All.3

SCHEMA DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI MEDICO DI RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA **A CICLO DI SCELTA – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2023**
(per trasferimento)
(comprensivo di dichiarazioni sostitutive)

Bollo
€ 16,00

All'Azienda

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____
ai sensi dell'articolo 34, comma 5, lettera a) lett. i), dell'A.C.N. dd. 28.04.2022 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale

chiede

di partecipare all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di medico del ruolo unico di assistenza primaria a **ciclo di scelta** e segnatamente per i seguenti ambiti (*in assenza di indicazioni la domanda è inammissibile*):

- 1) Ambito _____ Azienda _____
- 2) Ambito _____ Azienda _____
- 3) Ambito _____ Azienda _____
- 4) Ambito _____ Azienda _____
- 5) Ambito _____ Azienda _____
- 6) Ambito _____ Azienda _____
- 7) Ambito _____ Azienda _____
- 8) Ambito _____ Azienda _____
- 9) Ambito _____ Azienda _____
- 10) Ambito _____ Azienda _____

a tal fine ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, consapevole delle responsabilità amministrative e penali ivi previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 cit.)

dichiara quanto segue:

All.3

-di essere nato/a a _____ prov. () in data _____
 -di risiedere a _____ prov. () CAP _____
 via _____ n. ___tel: ___/_____
 indirizzo e mail _____
 PEC _____
 Codice fiscale _____

dichiara inoltre

-di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;

(se titolo di studio conseguito all'estero indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza rilasciato dal Ministero della Salute e allegare copia dello stesso) _____;

-di essere attualmente iscritto negli elenchi dei medici di medicina generale del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta / per l'assistenza primaria fino all'entrata in vigore dell'ACN dd 28.4.2022, della Regione _____ Azienda _____ ambito territoriale _____ dal _____ (2)(3)

-di essere/non essere (1) stato iscritto, precedentemente al periodo sopraindicato, negli elenchi dei medici di medicina generale del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta / per l'assistenza primaria fino all'entrata in vigore dell'ACN dd 28.4.2022, della Regione _____ Azienda _____ ambito territoriale _____ dal _____ al _____ (2)(3)
 Azienda _____ ambito territoriale _____ dal _____ al _____ (2)(3)

-di essere/non essere (1) stato sospeso dall'incarico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta / di assistenza primaria fino all'entrata in vigore dell'ACN dd 28.4.2022, ai sensi dell'art. 22, comma 1, dell'ACN 28.04.2022, nei seguenti periodi:
 dal _____ al _____ (2)
 dal _____ al _____ (2)

-di avere/non avere (1) presentato domanda ad altre Aziende, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti (4)

Azienda _____
 Azienda _____

-di svolgere/non svolgere (1) altra attività a qualsiasi titolo _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di accettare le prescrizioni dell'avviso e di aver preso visione dell'informativa sul trattamento di dati personali.

Fatto salvo quanto specificatamente previsto nell'avviso, richiede che eventuali comunicazioni dirette inerenti alla presente domanda siano inoltrate presso:

- l'indirizzo pec _____
 la propria residenza
 il domicilio sotto indicato:

Comune _____ () CAP _____
 via _____ Tel. _____/_____

All.3

In fede.

data _____

Firma _____

(leggere le avvertenze)**DICHIARAZIONE**

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____

Nato/a a _____ il _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere,

1. **di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo** di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo della presente domanda (n.b. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, deve essere annullata tramite apposizione della data e della firma in parte sulla stessa marca e in parte sul modulo); attestando di seguito i dati della marca da bollo utilizzata:

- data e ora di emissione _____
- identificativo n. _____

2. di conservare l'originale della presente domanda per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.

Data _____

Firma _____

NOTE

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Ai sensi dell'art. 34, comma 7, dell'A.C.N., i medici sono graduati in base all'anzianità d'incarico a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta/assistenza primaria, detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico di cui all'articolo 22, comma 1.

(3) qualora i periodi non siano correttamente indicati (giorno, mese e anno) verranno valutati a partire dall'ultimo giorno del mese/anno indicati.

(4) ove l'interessato abbia presentato domanda ad altre Aziende, indicare quali.

AVVERTENZE

Ferme restando le disposizioni del presente avviso relativo agli incarichi vacanti relativi all'anno 2023 di medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria nella Regione FVG – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2023, si ricorda:

- **a pena d'esclusione**, la presente domanda va sottoscritta e va allegata copia di un documento di identità in corso di validità (fronte-retro) in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non configura irregolarità formale sanabile;
- in base all'art. 15, della legge 12 novembre 2011, n. 183, "Le amministrazioni pubbliche e i gestori di pubblici servizi sono tenuti ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47, nonché di tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti, ovvero ad accettare la dichiarazione sostitutiva prodotta dall'interessato." Pertanto, il dichiarante deve sempre indicare i dati informativi necessari, affinché si possa provvedere agli adempimenti di cui all'art. 71 del precitato D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni;
- **il termine perentorio di presentazione della domanda è di 20 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.** dell'avviso in parola;
- La domanda va presentata, entro il suddetto termine perentorio, esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata (PEC) personale dell'interessato al seguente indirizzo PEC dell'Azienda sanitaria territorialmente competente:
 - asugi@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI)

All.3

- asufc@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC)
- asfo.protgen@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO)

Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura "*domanda incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta 2023 - pubblicazione straordinaria 2023- (art.34, comma 5, lettera a) lett.i) dell'ACN)*".

Ai fini dell'accertamento del rispetto dell'anzidetto termine, la data di spedizione è stabilita e comprovata dalla data di spedizione della comunicazione, come risultante dalla marcatura temporale prevista dal sistema di trasmissione della PEC. Il termine ultimo di invio è fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso.

La domanda di partecipazione è sottoscritta con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure è sottoscritta manualmente, scannerizzata e presentata unitamente a copia scannerizzata di un documento di identità. Le scansioni sono in formato PDF.

Non è ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria oppure da PEC non personale, anche se indirizzate alla PEC dell'Azienda sanitaria territorialmente competente.

(parte da compilare da parte dell'Azienda sanitaria territorialmente competente)

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

1. Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda _____, rappresentata dal _____, via _____, cap. _____ provincia _____
e-mail: _____ PEC: _____
2. Responsabile della protezione dei dati (RDP) è il dott./dr.ssa _____, in qualità di direttore _____ per particolari funzioni, via _____, cap. _____ provincia _____,
e-mail: _____ PEC: _____
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) l'Azienda, 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 connessi, strumentali e conseguenti alle procedure di cui al presente avviso. Il loro conferimento è indispensabile per le attività di cui sopra. Il loro eventuale mancato conferimento, la loro inesatta o parziale comunicazione preclude l'attività di gestione delle procedure di assegnazione degli incarichi in parola.
5. Il trattamento dei dati è effettuato avvalendosi sia di mezzi informatici che cartacei protetti e non accessibili al pubblico.
6. I dati forniti possono essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche nazionali per finalità connesse all'espletamento delle procedure di cui al presente avviso e/o per assolvere, nell'ambito dell'istruttoria, a obblighi previsti dalla normativa vigente.
7. Gli interessati hanno diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, presentare reclamo al Garante dei dati personali, rivolgendo le richieste all'Azienda competente.

All.4

SCHEMA DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA **A CICLO DI SCELTA – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2023**
(per graduatoria)

(comprensivo di dichiarazioni sostitutive)



Alla Regione Autonoma
Friuli Venezia Giulia
Direzione centrale salute, politiche sociali e
disabilità
Riva Nazario Sauro, 8
34124 TRIESTE
PEC: salute@certregione.fvg.it

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

iscritto/a nella graduatoria regionale per i medici di medicina generale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, **valevole per l'anno 2023**, ai sensi dell'art. 34, comma 5, lettera b) dell'ACN 28.04.2022.

chiede

di partecipare all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di medico di ruolo unico di assistenza primaria a **ciclo di scelta** e segnatamente per i seguenti ambiti (*in assenza di indicazione la domanda è inammissibile*):

- 1) Ambito _____ Azienda _____
- 2) Ambito _____ Azienda _____
- 3) Ambito _____ Azienda _____
- 4) Ambito _____ Azienda _____
- 5) Ambito _____ Azienda _____
- 6) Ambito _____ Azienda _____
- 7) Ambito _____ Azienda _____
- 8) Ambito _____ Azienda _____
- 9) Ambito _____ Azienda _____
- 10) Ambito _____ Azienda _____

Avvertenza:

Qualora lo spazio nei riquadri non fosse sufficiente l'interessato può completarne l'elencazione, utilizzando copia della stessa pagina che dovrà essere allegata e debitamente sottoscritta.

Agli effetti dell'articolo 34, commi 13, 14, 15, 16 dell'A.C.N. **chiede**, inoltre, di poter accedere alla seguente riserva di assegnazione (**barrare una sola casella**)

riserva del 80% per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91, n. 368/99 e n. 277/2003

All.4

riserva del 20% per i medici in possesso del titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, consapevole delle responsabilità amministrative e penali ivi previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000 cit.)

dichiara quanto segue:

-di essere nato/a a _____ Prov. (____) in data _____

Codice fiscale _____

-di risiedere a _____ prov. (____) CAP _____

via _____ n. _____ dal _____ (2)(4) a tutt'oggi

tel: ____/____ indirizzo e-mail _____ pec _____

precedenti residenze (3) (4):

dal _____ al _____ Comune di _____ prov. _____

dal _____ al _____ Comune di _____ prov. _____

dal _____ al _____ Comune di _____ prov. _____

-di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ conseguito in data _____ con voto _____;

(se titolo di studio conseguito all'estero indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza rilasciato dal Ministero della Salute e allegare copia dello stesso) _____;

- di aver conseguito l'abilitazione all'Esercizio Professionale in data/sessione _____;

- di essere iscritto all'ordine dei Medici di _____ dal _____;

-di essere/non essere in possesso (1) dell'attestato di formazione in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91, n. 368/99 e n. 277/2003, conseguito in data _____ Regione _____;

(se titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito all'estero indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza rilasciato dal Ministero della Salute e allegare copia dello stesso) _____;

-di essere/non essere in possesso (1) del titolo equipollente al titolo di formazione in medicina generale di cui al D.L.vo n. 368/99 e s.m. e i. (medici abilitati all'esercizio professionale entro il 31/12/1994);

-di **non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria a ciclo di scelta;

All.4

dichiara inoltre

1) di essere/non essere **(1)** titolare di un rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati:

Soggetto _____ ore settimanali _____
via _____ Comune di _____
tipo di rapporto di lavoro _____
periodo: dal _____;

2) di essere /non essere **(1)** titolare di un incarico a tempo determinato/con incarico provvisorio **(1)** come medico di medicina generale ai sensi dell'ACN con massimale di n. ____ scelte e con n. ____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____;

3) di essere/non essere **(1)** titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'ACN con massimale di ____ scelte periodo dal _____;

4) di essere/non essere **(1)** titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5) di essere/non essere **(1)** iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni
provincia _____ branca _____ periodo dal _____;

6) di essere/non essere **(1)** titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato **(1)**, nella Regione Friuli Venezia Giulia o in altra Regione:

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____
in forma attiva/in forma di disponibilità **(1)**

7) di essere/non essere **(1)** iscritto al corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n. 256/91 o al corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n.257/91, n. 368/99 e n. 277/2003:

denominazione del corso _____
soggetto pubblico che lo svolge _____ inizio dal _____;

8) di operare/non operare **(1)** a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Organismo _____
via _____ Comune di _____ ore sett. _____
tipo di attività _____
tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal _____;

9) di operare/non operare **(1)** a qualsiasi titolo in strutture sanitarie private non convenzionate o non accreditate, soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo _____
via _____ Comune di _____ ore sett. _____
tipo di attività _____
tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal _____;

10) di svolgere/non svolgere **(1)** funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

All.4

Azienda _____ ore sett. _____
 via _____ Comune di _____ periodo dal _____;

11) di svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione, funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:

Azienda _____ Comune di _____ periodo dal _____;

12) di avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

_____ periodo dal _____;

13) di essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

14) di fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale

periodo dal _____;

15) di svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)

periodo dal _____;

16) di essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato (1):

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

periodo dal _____;

17) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente già dichiarato relativamente ai rapporti di cui ai precedenti numeri 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 16):

Soggetto pubblico _____

via _____ comune _____

tipo di attività _____;

tipo di rapporto di lavoro _____

periodo dal _____;

18) di essere/non essere (1) titolare di trattamento di pensione a carico di:

periodo: dal _____;

19) di fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____

All.4

periodo dal _____;

Il/La sottoscritto/a dichiara di accettare le prescrizioni dell'avviso e di aver preso visione dell'informativa sul trattamento di dati personali.

Fatto salvo quanto specificatamente previsto nell'avviso, richiede che eventuali comunicazioni dirette inerenti alla presente domanda siano inoltrate presso:

- l'indirizzo pec _____
 la propria residenza
 il domicilio sotto indicato:

Comune _____ () CAP _____
via _____ Tel. ____/_____

In fede.

data _____

Firma _____

(leggere le avvertenze)**DICHIARAZIONE**

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____
Nato/a a _____ il _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere,

1. **di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo** di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo della presente domanda (n.b. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, deve essere annullata tramite apposizione della data e della firma in parte sulla stessa marca e in parte sul modulo); attestando di seguito i dati della marca da bollo utilizzata:

- data e ora di emissione _____
- identificativo n. _____

2. di conservare l'originale della presente domanda per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.

Data _____

Firma _____

NOTE

(1) Cancellare la parte che non interessa.

(2) Ai sensi dell'art. 34, comma 8, lett. b), dell'A.C.N., verranno attribuiti 5 punti al medico residente, nello stesso ambito territoriale dichiarato carente e per il quale concorre, fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda d'inclusione nella graduatoria regionale (31.1.2022) e che tale requisito abbia mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico.

(3) Ai sensi dell'art. 34, comma 8, lett. c), dell'A.C.N., verranno attribuiti 20 punti al medico residente nella Regione Friuli Venezia Giulia da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda d'inclusione nella graduatoria regionale (31.1.2022) e che tale requisito abbia mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico.

(4) qualora i periodi non siano correttamente indicati (giorno, mese e anno) verranno valutati a partire dall'ultimo giorno del mese/anno indicati.

All.4

AVVERTENZE**Ferme restando le disposizioni del presente avviso relativo agli incarichi vacanti di medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria relativi all'anno 2023 nella Regione FVG – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2023, si ricorda:**

- **a pena d'esclusione**, la presente domanda va sottoscritta e va allegata copia di un documento di identità in corso di validità (fronte-retro) in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non configura irregolarità formale sanabile;
- in base all'art. 15, della legge 12 novembre 2011, n. 183, "Le amministrazioni pubbliche e i gestori di pubblici servizi sono tenuti ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47, nonché di tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti, ovvero ad accettare la dichiarazione sostitutiva prodotta dall'interessato." Pertanto, il dichiarante deve sempre indicare i dati informativi necessari, affinché si possa provvedere agli adempimenti di cui all'art. 71 del precitato D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni;
- **il termine perentorio di presentazione della domanda è di 20 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.** dell'avviso in parola;
- La domanda va presentata, **entro il suddetto termine perentorio, esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata (PEC)** personale dell'interessato all'indirizzo PEC della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità: salute@certregione.fvg.it.

Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura "*domanda incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta 2023 - pubblicazione straordinaria 2023 - (dell'art. 34, comma 5, lettera b) dell'ACN*".

Ai fini dell'accertamento del rispetto dell'anzidetto termine, la data di spedizione è stabilita e comprovata dalla data di spedizione della comunicazione, come risultante dalla marcatura temporale prevista dal sistema di trasmissione della PEC. Il termine ultimo di invio è fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso.

La domanda di partecipazione è sottoscritta con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure è sottoscritta manualmente, scannerizzata e presentata unitamente a copia scannerizzata di un documento di identità. Le scansioni sono in formato PDF.

Non è ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria oppure da PEC non personale, anche se indirizzate alla PEC della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

1. Titolare del trattamento dei dati personali è la Regione Friuli Venezia Giulia, rappresentata dal Presidente, Piazza dell'Unità d'Italia 1, 34121 Trieste
e-mail: presidente@regione.fvg.it PEC: regione.friuliveneziagiulia@certregione.fvg.it.
2. Il Responsabile della protezione dei dati (RDP) è raggiungibile al seguente indirizzo: Piazza dell'Unità d'Italia 1, 34121 Trieste, e-mail: privacy@regione.fvg.it; PEC privacy@certregione.fvg.it ;
3. INSIEL SPA è Responsabile del trattamento dei dati personali connesso all'erogazione dei servizi oggetto del "*Disciplinare per l'affidamento in house delle attività relative allo sviluppo e gestione del sistema informativo integrato regionale e delle infrastrutture di telecomunicazione da parte della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia alla Società Insiel spa*".
4. 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) la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, 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.
5. Il trattamento dei dati forniti dagli interessati o, comunque, assunti in fase istruttoria è funzionale agli adempimenti connessi, strumentali e conseguenti alle procedure di cui al presente avviso. Il loro conferimento è indispensabile per le attività di cui sopra. Il loro eventuale mancato conferimento, la loro inesatta o parziale comunicazione preclude l'attività di gestione delle procedure di assegnazione degli incarichi in parola.
6. 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. I dati forniti possono essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche nazionali per finalità connesse all'espletamento delle procedure di cui al presente avviso e/o per assolvere, nell'ambito dell'istruttoria, a obblighi previsti dalla normativa vigente.
8. Gli interessati hanno diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi

All.4

legittimi, presentare reclamo al Garante dei dati personali, rivolgendo le richieste alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

All.5

SCHEMA DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI MEDICI DI RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA **A CICLO DI SCELTA – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2023**
(per diploma di formazione specifica in medicina generale acquisito successivamente al 31.1.2022)
(comprensivo di dichiarazioni sostitutive)

Bollo
€ 16,00

Alla Regione Autonoma
Friuli Venezia Giulia
Direzione centrale salute, politiche sociali e
disabilità
Riva Nazario Sauro, 8
34124 **TRIESTE**
PEC: salute@certregione.fvg.it

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

ai sensi dell'art. 34, comma 5, lettera c) dell'ACN 28.04.2022.

chiede

di partecipare all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di medici di ruolo unico di assistenza primaria a **ciclo di scelta** e segnatamente per i seguenti ambiti (*in assenza di indicazione la domanda è inammissibile*):

- 1) Ambito _____ Azienda _____
- 2) Ambito _____ Azienda _____
- 3) Ambito _____ Azienda _____
- 4) Ambito _____ Azienda _____
- 5) Ambito _____ Azienda _____
- 6) Ambito _____ Azienda _____
- 7) Ambito _____ Azienda _____
- 8) Ambito _____ Azienda _____
- 9) Ambito _____ Azienda _____
- 10) Ambito _____ Azienda _____

Avvertenza:

Qualora lo spazio nei riquadri non fosse sufficiente l'interessato può completarne l'elencazione, utilizzando copia della stessa pagina che dovrà essere allegata e debitamente sottoscritta.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, consapevole delle responsabilità amministrative e penali ivi previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000 cit.)

dichiara quanto segue:

All.5

-di essere nato/a a _____ Prov. (____) in data _____

Codice fiscale _____

-di risiedere a _____ prov. (____) CAP _____

via _____ n. _____ tel: ____/_____

indirizzo e-mail _____ pec _____

-di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ conseguito in data _____ con voto _____;

(se titolo di studio conseguito all'estero indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza rilasciato dal Ministero della Salute e allegare copia dello stesso) _____;

- di aver conseguito l'abilitazione all'Esercizio Professionale in data/sessione _____;

- di essere iscritto all'ordine dei Medici di _____ dal _____;

-di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui al D.Lvo n. 256/91, n. 368/99 e n. 277/2003, conseguito in data _____ Regione _____;

(se titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito all'estero indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza rilasciato dal Ministero della Salute e allegare copia dello stesso) _____;

-di **non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria a ciclo di scelta;

dichiara inoltre

1) di essere/non essere (**1**) titolare di un rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati:

Soggetto _____ ore settimanali _____

via _____ Comune di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

periodo: dal _____;

2) di essere /non essere (**1**) titolare di un incarico a tempo determinato/con incarico provvisorio (**1**) come medico di medicina generale ai sensi dell'ACN con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

3) di essere/non essere (**1**) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'ACN con massimale di _____ scelte periodo dal _____

4) di essere/non essere (**1**) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

All.5

5) di essere/non essere **(1)** iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni
provincia _____ branca _____ periodo dal _____

6) di essere/non essere **(1)** titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato **(1)**, nella Regione Friuli Venezia Giulia o in altra Regione:
Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____
in forma attiva/in forma di disponibilità **(1)**

7) di essere/non essere **(1)** iscritto al corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n. 256/91 o al corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n.257/91, n. 368/99 e n. 277/2003:
denominazione del corso _____
soggetto pubblico che lo svolge _____ inizio dal _____

8) di operare/non operare **(1)** a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
Organismo _____
via _____ Comune di _____ ore sett. _____
tipo di attività _____
tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal _____

9) di operare/non operare **(1)** a qualsiasi titolo in strutture sanitarie private non convenzionate o non accreditate, soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:
Organismo _____
-
via _____ Comune di _____ ore sett. _____
tipo di attività _____
tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal _____

10) di svolgere/non svolgere **(1)** funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:
Azienda _____ ore sett. _____
via _____ Comune di _____ periodo dal _____

11) di svolgere/non svolgere **(1)** per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione, funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:
Azienda _____ Comune di _____ periodo dal _____

12) di avere/non avere **(1)** qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

_____ periodo dal _____

13) di essere/non essere **(1)** titolare o compartecipe di quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

14) di fruire/non fruire **(1)** del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale
periodo dal _____

15) di svolgere/non svolgere **(1)** altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate
(indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)

All.5

periodo dal _____

16) di essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato (1):

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

periodo dal _____

17) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente già dichiarato relativamente ai rapporti di cui ai precedenti numeri 1, 2, 3,4 5, 6 e 16):

Soggetto pubblico _____

via _____ comune _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

periodo dal _____

18) di essere/non essere (1) titolare di trattamento di pensione a carico di:

periodo: dal _____

19) di fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____

periodo dal _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di accettare le prescrizioni dell'avviso e di aver preso visione dell'informativa sul trattamento di dati personali.

Fatto salvo quanto specificatamente previsto nell'avviso, richiede che eventuali comunicazioni dirette inerenti alla presente domanda siano inoltrate presso:

l'indirizzo pec _____

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

Comune _____ () CAP _____

via _____ Tel. _____ / _____

In fede.

data _____

Firma _____

(leggere le avvertenze)

DICHIARAZIONE

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

All.5

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____
 Nato/a a _____ il _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere,

1. **di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo** di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo della presente domanda (n.b. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, deve essere annullata tramite apposizione della data e della firma in parte sulla stessa marca e in parte sul modulo; attestando di seguito i dati della marca da bollo utilizzata:

- data e ora di emissione _____
- identificativo n. _____

2. **di conservare l'originale della presente domanda per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.**

Data _____ Firma _____

NOTE

(1) Cancellare la parte che non interessa.

AVVERTENZE

Ferme restando le disposizioni del presente avviso relativo agli incarichi vacanti di medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria relativi all'anno 2023 nella Regione FVG - PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2023, si ricorda:

- **a pena d'esclusione**, la presente domanda va sottoscritta e va allegata copia di un documento di identità in corso di validità (fronte-retro) in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non configura irregolarità formale sanabile;
- in base all'art. 15, della legge 12 novembre 2011, n. 183, "*Le amministrazioni pubbliche e i gestori di pubblici servizi sono tenuti ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47, nonché di tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti, ovvero ad accettare la dichiarazione sostitutiva prodotta dall'interessato.*" Pertanto, il dichiarante **deve sempre indicare i dati informativi necessari**, affinché si possa provvedere agli adempimenti di cui all'art. 71 del precitato D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni;
- **il termine perentorio di presentazione della domanda è di 20 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.** dell'avviso in parola;
- In considerazione delle attuali misure restrittive dettate dal Governo rispetto alla circolazione delle persone, legate all'emergenza sanitaria COVID-19, la domanda va presentata, **entro il suddetto termine perentorio, esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata (PEC)** personale dell'interessato all'indirizzo PEC della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità: salute@certregione.fvg.it.

Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura "*domanda incarichi vacanti di medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta 2023 - pubblicazione straordinaria 2023 - (art. 34, comma 5, lettera c) dell'ACN*".

Ai fini dell'accertamento del rispetto dell'anzidetto termine, la data di spedizione è stabilita e comprovata dalla data di spedizione della comunicazione, come risultante dalla marcatura temporale prevista dal sistema di trasmissione della PEC. Il termine ultimo di invio è fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso.

La domanda di partecipazione è sottoscritta con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure è sottoscritta manualmente, scannerizzata e presentata unitamente a copia scannerizzata di un documento di identità. Le scansioni sono in formato PDF.

Non è ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria oppure da PEC non personale, anche se indirizzate alla PEC della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

1. Titolare del trattamento dei dati personali è la Regione Friuli Venezia Giulia, rappresentata dal Presidente, Piazza dell'Unità d'Italia 1, 34121 Trieste
 e-mail: presidente@regione.fvg.it PEC: regione.friuliveneziagiulia@certregione.fvg.it.
2. Il Responsabile della protezione dei dati (RDP) è raggiungibile al seguente indirizzo: Piazza dell'Unità d'Italia 1, 34121 Trieste, e-mail: privacy@regione.fvg.it; PEC privacy@certregione.fvg.it ;

All.5

3. INSIEL SPA è Responsabile del trattamento dei dati personali connesso all'erogazione dei servizi oggetto del *"Disciplinare per l'affidamento in house delle attività relative allo sviluppo e gestione del sistema informativo integrato regionale e delle infrastrutture di telecomunicazione da parte della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia alla Società Insiel spa"*.
4. 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) la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, 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.
5. Il trattamento dei dati forniti dagli interessati o, comunque, assunti in fase istruttoria è funzionale agli adempimenti connessi, strumentali e conseguenti alle procedure di cui al presente avviso. Il loro conferimento è indispensabile per le attività di cui sopra. Il loro eventuale mancato conferimento, la loro inesatta o parziale comunicazione preclude l'attività di gestione delle procedure di assegnazione degli incarichi in parola.
6. 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. I dati forniti possono essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche nazionali per finalità connesse all'espletamento delle procedure di cui al presente avviso e/o per assolvere, nell'ambito dell'istruttoria, a obblighi previsti dalla normativa vigente.
8. Gli interessati hanno diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, presentare reclamo al Garante dei dati personali, rivolgendo le richieste alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

All.6

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA **A CICLO DI SCELTA** RELATIVI ALL'ANNO 2023 – **PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2023 – (per iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione FVG)**
(comprensivo di dichiarazioni sostitutive)

Bollo
€ 16,00

Alla Regione Autonoma
Friuli Venezia Giulia
Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità
Riva Nazario Sauro, 8
34124 **TRIESTE**

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

ai sensi dell'articolo 34, commi 18 e 19 dell'ACN dd. 28.04.2022, e specificatamente (*barrare la voce che interessa*):

ai sensi di quanto previsto dall'art. 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n.135, convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12 (con borsa di studio) o ai sensi di quanto previsto dall'art. 3, della L.401/2000 (SOVRANNUMERARI senza borsa di studio)

oppure

ai sensi di quanto previsto dall'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n.35, convertito, con modificazioni dalla Legge 25 giugno 2019, n.60, (GRADUATORIA RISERVATA),

FA DOMANDA

per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di medico del ruolo unico di assistenza primaria a **ciclo di scelta, rimasti disponibili** a conclusione delle procedure di assegnazione ai sensi dell'art. 34, comma 5, dell'A.C.N., e segnatamente per i seguenti ambiti:

- 1) Ambito _____ Azienda _____
- 2) Ambito _____ Azienda _____
- 3) Ambito _____ Azienda _____
- 4) Ambito _____ Azienda _____
- 5) Ambito _____ Azienda _____
- 6) Ambito _____ Azienda _____
- 7) Ambito _____ Azienda _____
- 8) Ambito _____ Azienda _____
- 9) Ambito _____ Azienda _____
- 10) Ambito _____ Azienda _____

Avvertenza:

Qualora lo spazio nei riquadri non fosse sufficiente l'interessato può completarne l'elencazione, utilizzando copia della stessa pagina che dovrà essere allegata e debitamente sottoscritta.

All.6

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e successive modifiche consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, del D.P.R. innanzi citato, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 cit.), **dichiara** quanto segue:

-di essere nato/a a _____ prov. (____) in data _____

Codice fiscale

-di risiedere a _____ prov. (____) dal _____

CAP _____ via _____ n. _____

tel: ____/____

indirizzo e mail _____ pec _____

-di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ conseguito in data _____ con voto _____;

(se titolo di studio conseguito all'estero indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza rilasciato dal Ministero della Salute e allegare copia dello stesso) _____;

-di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____

- di frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio _____/_____ presso la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia **iniziato** in data _____ (data di effettivo inizio dello stesso o per coloro che sono entrati al corso in via di scorrimento della graduatoria si intende la data di inizio della frequenza) e in particolare di frequentare:

O il primo anno, O il secondo anno, O il terzo anno (*barrare l'annualità di frequentazione*)

-di **non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato/temporaneo di assistenza primaria a ciclo di scelta;

dichiara inoltre

1) di essere/non essere (1) titolare di un rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati:

Soggetto _____ ore settimanali _____

via _____ comune di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

periodo: dal _____;

2) di essere /non essere (1) titolare di un incarico a tempo determinato/con incarico provvisorio (1) come medico di medicina generale ai sensi dell'ACN con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

3) di essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'ACN con massimale di _____ scelte Periodo dal _____

4) di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5) di essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni

provincia _____ branca _____ periodo dal _____

All.6

6) di essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato/temporaneo o a tempo determinato/con incarico provvisorio (1), nella Regione Friuli Venezia Giulia o in altra regione:

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____
in forma attiva/in forma di disponibilità (1)

7) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Organismo _____
via _____ comune di _____ ore sett. _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo dal _____

8) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in strutture sanitarie private non convenzionate o non accreditate, soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo _____
via _____ comune di _____ ore sett. _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo dal _____

9) di svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____
via _____ comune di _____ periodo dal _____

10) di svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione, funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:

Azienda _____ comune di _____ periodo dal _____

11) di avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

_____ periodo dal _____

12) di essere/non essere (1) titolare o partecipante di quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

13) di fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale

periodo dal _____

14) di svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)

Periodo dal _____

15) di essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato (1):

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____
periodo dal _____

All.6

16) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente già dichiarato relativamente ai rapporti di cui ai precedenti numeri 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 16):

Soggetto pubblico _____

via _____ comune _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____

17) di essere/non essere (1) titolare di trattamento di pensione a carico di:

Periodo: dal _____

18) di fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____

Periodo dal _____

NOTE _____

Il/La sottoscritto/a dichiara fin d'ora di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dall'Accordo collettivo nazionale per la disciplina normativa e per il trattamento economico dei medici di medicina generale del quale è ad integrale conoscenza.

Fatto salvo quanto specificatamente previsto nell'avviso, richiede che eventuali comunicazioni dirette inerenti alla presente domanda siano inoltrate presso:

l'indirizzo pec _____

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

comune _____ () CAP _____

via _____ Tel. _____/_____

In fede.

data _____

Firma _____

(leggere le avvertenze)

DICHIARAZIONE

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____

Nato/a a _____ il _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere,

1. **di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo** di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo della presente domanda (n.b. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, deve essere annullata tramite apposizione della data e della firma in parte sulla stessa marca e in parte sul modulo); attestando di seguito i dati della marca da bollo utilizzata:

- data e ora di emissione _____

- identificativo n. _____

2. di conservare l'originale della presente domanda per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.

Data _____

Firma _____

All.6

NOTE

(1) Cancellare la parte che non interessa.

AVVERTENZE

Ferme restando le disposizioni del presente avviso relativo agli incarichi vacanti di medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria nella Regione FVG – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2023, ai sensi dell'art. 34, commi 18 e 19 dell'ACN, si ricorda:

- **a pena d'esclusione** la presente domanda va sottoscritta e va allegata copia di un documento di identità in corso di validità (fronte-retro) in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non configura irregolarità formale sanabile;
- in base all'art. 15, della legge 12 novembre 2011, n. 183, "Le amministrazioni pubbliche e i gestori di pubblici servizi sono tenuti ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47, nonché di tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti, ovvero ad accettare la dichiarazione sostitutiva prodotta dall'interessato." Pertanto, il dichiarante deve sempre indicare i dati informativi necessari affinché si possa provvedere agli adempimenti di cui all'art. 71 del precitato D.P.R. n. 445/2000;
- **il termine perentorio di presentazione della domanda è di 20 giorni dalla data di pubblicazione sul B.U.R. e sul sito istituzionale della Regione** dell'avviso in parola;
- la domanda è presentata esclusivamente **a mezzo posta elettronica certificata (PEC)** personale dell'interessato all'indirizzo PEC della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità: salute@certregione.fvg.it.

Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura "*domanda incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta 2023 - pubblicazione straordinaria 2023 - (art.34, commi 18 e 19 dell'ACN)*".

Ai fini dell'accertamento del rispetto dell'anzidetto termine, la data di spedizione è stabilita e comprovata dalla data di spedizione della comunicazione, come risultante dalla marcatura temporale prevista dal sistema di trasmissione della PEC. Il termine ultimo di invio è fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso.

La domanda di partecipazione è sottoscritta con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure è sottoscritta manualmente, scannerizzata e presentata unitamente a copia scannerizzata di un documento di identità. Le scansioni sono in formato PDF.

Non è ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria oppure da PEC non personale, anche se indirizzate alla PEC della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

1. Titolare del trattamento dei dati personali è la Regione Friuli Venezia Giulia, rappresentata dal Presidente, Piazza dell'Unità d'Italia 1, 34121 Trieste
e-mail: presidente@regione.fvg.it PEC: regione.friuliveneziagiulia@certregione.fvg.it.
2. Il Responsabile della protezione dei dati (RDP) è raggiungibile al seguente indirizzo: Piazza dell'Unità d'Italia 1, 34121 Trieste, e-mail: privacy@regione.fvg.it; PEC privacy@certregione.fvg.it ;
3. INSIEL SPA è Responsabile del trattamento dei dati personali connesso all'erogazione dei servizi oggetto del "*Disciplinare per l'affidamento in house delle attività relative allo sviluppo e gestione del sistema informativo integrato regionale e delle infrastrutture di telecomunicazione da parte della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia alla Società Insiel spa*".
4. 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) la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, 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.
5. Il trattamento dei dati forniti dagli interessati o, comunque, assunti in fase istruttoria è funzionale agli adempimenti connessi, strumentali e conseguenti alle procedure di cui al presente avviso. Il loro conferimento è indispensabile per le attività di cui sopra. Il loro eventuale mancato conferimento, la loro inesatta o parziale comunicazione preclude l'attività di gestione delle procedure di assegnazione degli incarichi in parola.
6. 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. I dati forniti possono essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche nazionali per finalità connesse all'espletamento delle procedure di cui al presente avviso e/o per assolvere, nell'ambito dell'istruttoria, a obblighi previsti dalla normativa vigente.

All.6

8. Gli interessati hanno diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, presentare reclamo al Garante dei dati personali, rivolgendo le richieste alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

All.7

SCHEMA DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD **ATTIVITA' ORARIA – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2023**
(per trasferimento)
(comprensivo di dichiarazioni sostitutive)

<p>Bollo € 16,00</p>

All'Azienda

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

chiede

di partecipare all'assegnazione di un incarico vacante di medico del ruolo unico di assistenza primaria **ad attività oraria**, ai sensi dell'articolo 34, comma 5, lettera a) lett. ii), dell'A.C.N. 28.04.2022 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

A tal fine ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, consapevole delle responsabilità amministrative e penali ivi previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 cit.)

dichiara quanto segue:

-di essere nato/a a _____ prov. () in data _____

-di risiedere a _____ prov. () CAP _____

via _____ n. ___ tel: ___/ _____

indirizzo e mail _____ PEC _____

Codice fiscale _____

dichiara inoltre

-di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;

-di essere attualmente titolare di incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria/ continuità assistenziale fino all'entrata in vigore dell'ACN dd 28.4.2022, nella Regione _____ Azienda _____ dal _____ (2)

-di provenire/non provenire (1) da Azienda che dispone di medici in servizio nel ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria/ nella continuità assistenziale fino all'entrata in vigore dell'ACN dd 28.4.2022 in esubero rispetto al rapporto ottimale definito all'art. 32, comma 1, dell'A.C.N. dd 28.04.2022;

-di essere/non essere (1) stato titolare di incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria/ continuità assistenziale fino all'entrata in vigore dell'ACN dd 28.4.2022, precedentemente al periodo sopraindicato, nella Regione _____ Azienda _____

All.7

dal _____ al _____(2)
nella Regione _____ Azienda _____
dal _____ al _____(2)

-di essere/non essere (1) stato sospeso dall'incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria/ di continuità assistenziale fino all'entrata in vigore dell'ACN dd 28.4.2022, ai sensi dell'art. 22, comma 1, dell'A.C.N. 28.04.2022 nei seguenti periodi:

dal _____ al _____
dal _____ al _____

-di avere/non avere (1) presentato domanda ad altre Aziende, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria/ per la continuità assistenziale fino all'entrata in vigore dell'ACN dd 28.4.2022, (3)

Azienda _____
Azienda _____

-di svolgere/non svolgere (1) altra attività a qualsiasi titolo _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di accettare le prescrizioni dell'avviso e di aver preso visione dell'informativa sul trattamento di dati personali.

Fatto salvo quanto specificatamente previsto nell'avviso, richiede che eventuali comunicazioni dirette inerenti alla presente domanda siano inoltrate presso:

- l'indirizzo pec _____
 la propria residenza
 il domicilio sotto indicato:

Comune _____ () CAP _____
via _____ Tel. _____/ _____

In fede.

data _____

Firma _____

(leggere le avvertenze)

DICHIARAZIONE

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____
Nato/a a _____ il _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere,
1. **di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo** di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo della presente domanda (n.b. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, deve essere annullata tramite apposizione della data e della firma in parte sulla stessa marca e in parte sul modulo); attestando di seguito i dati della marca da bollo utilizzata:

- data e ora di emissione _____
- identificativo n. _____

All.7

2. di conservare l'originale della presente domanda per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.

Data _____

Firma _____

NOTE

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Ai sensi dell'art. 34, comma 7, dell'A.C.N., i medici sono graduati in base all'anzianità d'incarico a tempo indeterminato di medico di ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico di cui all'articolo 22, comma 1.

(3) se l'interessato ha presentato domanda presso altre Aziende, indicare quali.

AVVERTENZE

Ferme restando le disposizioni del presente avviso relativo agli incarichi vacanti relativi all'anno 2023 di medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria nella Regione FVG – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2023, si ricorda:

- **a pena d'esclusione**, la presente domanda va sottoscritta e va allegata copia di un documento di identità in corso di validità (fronte-retro) in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non configura irregolarità formale sanabile;
- in base all'art. 15, della legge 12 novembre 2011, n. 183, "Le amministrazioni pubbliche e i gestori di pubblici servizi sono tenuti ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47, nonché di tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti, ovvero ad accettare la dichiarazione sostitutiva prodotta dall'interessato." Pertanto, il dichiarante deve sempre indicare i dati informativi necessari, affinché si possa provvedere agli adempimenti di cui all'art. 71 del precitato D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni;
- **il termine perentorio di presentazione della domanda è di 20 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.** dell'avviso in parola;
- In considerazione delle attuali misure restrittive dettate dal Governo rispetto alla circolazione delle persone, legate all'emergenza sanitaria COVID-19, la domanda va presentata, entro il suddetto termine perentorio, esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata (PEC) personale dell'interessato al seguente indirizzo PEC dell'Azienda sanitaria territorialmente competente:
 - asugi@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI)
 - asufc@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC)
 - asfo.protgen@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO)

Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura "domanda incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria 2023- pubblicazione straordinaria 2023 – (art.34, comma 5, lettera a) lett.ii) dell'ACN".

Ai fini dell'accertamento del rispetto dell'anzidetto termine, la data di spedizione è stabilita e comprovata dalla data di spedizione della comunicazione, come risultante dalla marcatura temporale prevista dal sistema di trasmissione della PEC. Il termine ultimo di invio è fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso.

La domanda di partecipazione è sottoscritta con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure è sottoscritta manualmente, scannerizzata e presentata unitamente a copia scannerizzata di un documento di identità. Le scansioni sono in formato PDF.

Non è ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria oppure da PEC non personale, anche se indirizzate alla PEC dell'Azienda sanitaria territorialmente competente.

(parte da compilare da parte dell'Azienda sanitaria territorialmente competente)

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

1. Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda _____, rappresentata dal _____, via _____, cap. _____, provincia _____
e-mail: _____ PEC: _____

All.7

2. Responsabile della protezione dei dati (RDP) è il dott./dr.ssa _____, in qualità di direttore _____ per particolari funzioni, via _____, cap. _____ provincia _____, e-mail: _____ PEC: _____
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) l'Azienda, 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 connessi, strumentali e conseguenti alle procedure di cui al presente avviso. Il loro conferimento è indispensabile per le attività di cui sopra. Il loro eventuale mancato conferimento, la loro inesatta o parziale comunicazione preclude l'attività di gestione delle procedure di assegnazione degli incarichi in parola.
5. Il trattamento dei dati è effettuato avvalendosi sia di mezzi informatici che cartacei protetti e non accessibili al pubblico.
6. I dati forniti possono essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche nazionali per finalità connesse all'espletamento delle procedure di cui al presente avviso e/o per assolvere, nell'ambito dell'istruttoria, a obblighi previsti dalla normativa vigente.
7. Gli interessati hanno diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, presentare reclamo al Garante dei dati personali, rivolgendo le richieste all'Azienda competente.

All.8

SCHEMA DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD **ATTIVITA' ORARIA – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2023****(per graduatoria)***(comprensivo di dichiarazioni sostitutive)*

Bollo € 16,00

Alla Regione Autonoma
Friuli Venezia Giulia
Direzione centrale salute, politiche sociali e
disabilità
Riva Nazario Sauro, 8
34124 **TRIESTE**
PEC: salute@certregione.fvg.it

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

iscritto/a nella graduatoria regionale per i medici di medicina generale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, **valevole per l'anno 2023**, ai sensi dell'art. 34, comma 5, lettera b) dell'ACN 28.04.2022.

chiede

di partecipare all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria **ad attività oraria** e segnatamente nelle seguenti Aziende *(in assenza di indicazione la domanda è inammissibile)*:

- 1) Azienda _____
- 2) Azienda _____
- 3) Azienda _____

agli effetti dell'articolo 63, commi 11, 12, 13, 14 dell'A.C.N. **chiede** inoltre, di poter accedere alla seguente riserva di assegnazione (**barrare una sola casella**)

riserva del 80% per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91, n. 368/99 e n. 277/2003

riserva del 20% per i medici in possesso del titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale.

a tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, consapevole delle responsabilità amministrative e penali ivi previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000 cit.)

dichiara quanto segue:

-di essere nato/a _____ Prov. (____) in data _____

Codice fiscale _____

All.8

-di risiedere a _____ prov. (____) CAP _____
 via _____ n. _____ dal _____ (2)(4) a tutt'oggi
 tel: ____/____ indirizzo e-mail _____ pec _____

precedenti residenze (3) (4):

dal _____ al _____ Comune di _____ prov. _____
 dal _____ al _____ Comune di _____ prov. _____
 dal _____ al _____ Comune di _____ prov. _____

-di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ conseguito in data _____ con voto _____

(se titolo di studio conseguito all'estero indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza rilasciato dal Ministero della Salute e allegare copia dello stesso) _____;

- di aver conseguito l'abilitazione all'Esercizio Professionale in data/sessione _____;

- di essere iscritto all'ordine dei Medici di _____ dal _____;

-di essere/non essere in possesso (1) dell'attestato di formazione in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91, n. 368/99 e n. 277/2003, conseguito in data _____ Regione _____

;

(se titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito all'estero indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza rilasciato dal Ministero della Salute e allegare copia dello stesso) _____;

-di essere/non essere in possesso (1) del titolo equipollente al titolo di formazione in medicina generale di cui al D.L.vo n. 368/99 e s.m. e i. (medici abilitati all'esercizio professionale entro il 31/12/1994);

-di **non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria ad attività oraria;

dichiara inoltre

1) di essere/non essere (1) titolare di un rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati:

Soggetto _____ ore settimanali _____
 via _____ Comune di _____
 tipo di rapporto di lavoro _____
 periodo: dal _____;

2) di essere /non essere (1) titolare di un incarico a tempo determinato/con incarico provvisorio (1) come medico di medicina generale ai sensi dell'ACN con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____;

All.8

3) di essere/non essere **(1)** titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'ACN con massimale di ____ scelte periodo dal _____;

4) di essere/non essere **(1)** titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
 Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5) di essere/non essere **(1)** iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni
 provincia _____ branca _____ periodo dal _____;

6) di essere/non essere **(1)** titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato **(1)**, nella Regione Friuli Venezia Giulia o in altra Regione:

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____
 in forma attiva/in forma di disponibilità **(1)**

7) di essere/non essere **(1)** iscritto al corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n. 256/91 o al corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n.257/91, n. 368/99 e n. 277/2003:

denominazione del corso _____
 soggetto pubblico che lo svolge _____ inizio dal _____;

8) di operare/non operare **(1)** a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Organismo _____
 via _____ Comune di _____ ore sett. _____
 tipo di attività _____
 tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal _____;

9) di operare/non operare **(1)** a qualsiasi titolo in strutture sanitarie private non convenzionate o non accreditate, soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo _____
 -
 via _____ Comune di _____ ore sett. _____
 tipo di attività _____
 tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal _____;

10) di svolgere/non svolgere **(1)** funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____
 via _____ Comune di _____ periodo dal _____;

11) di svolgere/non svolgere **(1)** per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione, funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:

Azienda _____ Comune di _____ periodo dal _____;

12) di avere/non avere **(1)** qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

_____ periodo dal _____;

13) di essere/non essere **(1)** titolare o compartecipe di quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

All.8

;

14) di fruire/non fruire **(1)** del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale
periodo dal _____;

15) di svolgere/non svolgere **(1)** altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate
(indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)

periodo dal _____;

16) di essere/non essere **(1)** titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato (1):

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____;

Tipo di attività _____

periodo dal _____;

17) di operare/non operare **(1)** a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente già dichiarato relativamente ai rapporti di cui ai precedenti numeri 1, 2, 3,4 5, 6 e 16):

Soggetto pubblico _____

via _____ comune _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

periodo dal _____;

18) di essere/non essere **(1)** titolare di trattamento di pensione a carico di:

periodo dal _____;

19) di fruire/non fruire **(1)** del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____

periodo dal _____.

Il/La sottoscritto/a dichiara di accettare le prescrizioni dell'avviso e di aver preso visione dell'informativa sul trattamento di dati personali.

Fatto salvo quanto specificatamente previsto nell'avviso, richiede che eventuali comunicazioni dirette inerenti alla presente domanda siano inoltrate presso:

l'indirizzo pec _____;

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

Comune _____ () CAP _____

via _____ Tel. ____/____

All.8

In fede.

data _____

Firma _____

(leggere le avvertenze)**DICHIARAZIONE**

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____

Nato/a a _____ il _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere,

1. **di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo** di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo della presente domanda (n.b. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, deve essere annullata tramite apposizione della data e della firma in parte sulla stessa marca e in parte sul modulo); attestando di seguito i dati della marca da bollo utilizzata:

- data e ora di emissione _____
- identificativo n. _____

2. di conservare l'originale della presente domanda per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.

Data _____

Firma _____

NOTE

(1) Cancellare la parte che non interessa.

(2) Ai sensi dell'art. 34, comma 8, lett. b), dell'A.C.N., verranno attribuiti 5 punti al medico residente, nello stesso ambito territoriale dichiarato carente e per il quale concorre, fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda d'inclusione nella graduatoria regionale (31.1.2022) e che tale requisito abbia mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico.

(3) Ai sensi dell'art. 34, comma 8, lett. c), dell'A.C.N., verranno attribuiti 20 punti al medico residente nella Regione Friuli Venezia Giulia da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda d'inclusione nella graduatoria regionale (31.1.2022) e che tale requisito abbia mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico.

(4) qualora i periodi non siano correttamente indicati (giorno, mese e anno) verranno valutati a partire dall'ultimo giorno del mese/anno indicati.

AVVERTENZE

Ferme restando le disposizioni del presente avviso relativo agli incarichi vacanti di medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria relativi all'anno 2023 nella Regione FVG – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2023, si ricorda:

- **a pena d'esclusione**, la presente domanda va sottoscritta e va allegata copia di un documento di identità in corso di validità (fronte-retro) in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non configura irregolarità formale sanabile;
- in base all'art. 15, della legge 12 novembre 2011, n. 183, "Le amministrazioni pubbliche e i gestori di pubblici servizi sono tenuti ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47, nonché di tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti, ovvero ad accettare

All.8

la dichiarazione sostitutiva prodotta dall'interessato." Pertanto, il dichiarante deve sempre indicare i dati informativi necessari, affinché si possa provvedere agli adempimenti di cui all'art. 71 del precitato D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni;

- **il termine perentorio di presentazione della domanda è di 20 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.** dell'avviso in parola;
- La domanda va presentata, entro il suddetto termine perentorio, esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata (PEC) personale dell'interessato all'indirizzo PEC della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità: salute@certregione.fvg.it.

Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura "domanda incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria 2023- pubblicazione straordinaria 2023 - (art. 34, comma 5, lettera b) dell'ACN)".

Ai fini dell'accertamento del rispetto dell'anzidetto termine, la data di spedizione è stabilita e comprovata dalla data di spedizione della comunicazione, come risultante dalla marcatura temporale prevista dal sistema di trasmissione della PEC. Il termine ultimo di invio è fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso.

La domanda di partecipazione è sottoscritta con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure è sottoscritta manualmente, scannerizzata e presentata unitamente a copia scannerizzata di un documento di identità. Le scansioni sono in formato PDF.

Non è ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria oppure da PEC non personale, anche se indirizzate alla PEC della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

1. Titolare del trattamento dei dati personali è la Regione Friuli Venezia Giulia, rappresentata dal Presidente, Piazza dell'Unità d'Italia 1, 34121 Trieste
e-mail: presidente@regione.fvg.it PEC: regione.friuliveneziagiulia@certregione.fvg.it.
2. Il Responsabile della protezione dei dati (RDP) è raggiungibile al seguente indirizzo: Piazza dell'Unità d'Italia 1, 34121 Trieste, e-mail: privacy@regione.fvg.it; PEC privacy@certregione.fvg.it ;
3. INSIEL SPA è Responsabile del trattamento dei dati personali connesso all'erogazione dei servizi oggetto del "Disciplinare per l'affidamento in house delle attività relative allo sviluppo e gestione del sistema informativo integrato regionale e delle infrastrutture di telecomunicazione da parte della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia alla Società Insiel spa".
4. 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) la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, 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.
5. Il trattamento dei dati forniti dagli interessati o, comunque, assunti in fase istruttoria è funzionale agli adempimenti connessi, strumentali e conseguenti alle procedure di cui al presente avviso. Il loro conferimento è indispensabile per le attività di cui sopra. Il loro eventuale mancato conferimento, la loro inesatta o parziale comunicazione preclude l'attività di gestione delle procedure di assegnazione degli incarichi in parola.
6. 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. I dati forniti possono essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche nazionali per finalità connesse all'espletamento delle procedure di cui al presente avviso e/o per assolvere, nell'ambito dell'istruttoria, a obblighi previsti dalla normativa vigente.
8. Gli interessati hanno diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, presentare reclamo al Garante dei dati personali, rivolgendo le richieste alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

All.9

SCHEMA DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD **ATTIVITA' ORARIA – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2023 (per diploma di formazione specifica in medicina generale acquisito successivamente al 31.1.2022)**
(comprensivo di dichiarazioni sostitutive)

Bollo € 16,00

Alla Regione Autonoma
 Friuli Venezia Giulia
 Direzione centrale salute, politiche sociali e
 disabilità
 Riva Nazario Sauro, 8
 34124 TRIESTE
 PEC: salute@certregione.fvg.it

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

ai sensi dell'art. 34, comma 5, lettera c) dell'ACN 28.04.2022.

chiede

di partecipare all'assegnazione degli incarichi vacanti di ruolo unico di assistenza primaria **ad attività oraria** e segnatamente nelle seguenti Aziende (*in assenza di indicazione la domanda è inammissibile*):

- 1) Azienda _____
- 2) Azienda _____
- 3) Azienda _____

3) Aziend

a tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, consapevole delle responsabilità amministrative e penali ivi previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000 cit.)

dichiara quanto segue:

-di essere nato/a a _____ Prov. (____) in data _____

Codice fiscale _____

-di risiedere a _____ prov. (____) CAP _____

via _____ n. ____ tel: ____/_____

indirizzo e-mail _____ pec _____

-di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ conseguito in data _____ con voto _____

All.9

(se titolo di studio conseguito all'estero indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza rilasciato dal Ministero della Salute e allegare copia dello stesso)_____;

- di aver conseguito l'abilitazione all'Esercizio Professionale in data/sessione _____;

- di essere iscritto all'ordine dei Medici di _____ dal _____;

-di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91, n. 368/99 e n. 277/2003, conseguito in data _____ Regione _____

;

(se titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito all'estero indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza rilasciato dal Ministero della Salute e allegare copia dello stesso)_____;

-di **non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria ad attività oraria;

dichiara inoltre

1) di essere/non essere (**1**) titolare di un rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati:

Soggetto _____ ore settimanali _____

via _____ Comune di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

periodo: dal _____;

2) di essere /non essere (**1**) titolare di un incarico a tempo determinato/con incarico provvisorio (**1**) come medico di medicina generale ai sensi dell'ACN con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

3) di essere/non essere (**1**) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'ACN con massimale di _____ scelte periodo dal _____

4) di essere/non essere (**1**) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5) di essere/non essere (**1**) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni

provincia _____ branca _____ periodo dal _____

6) di essere/non essere (**1**) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (**1**), nella Regione Friuli Venezia Giulia o in altra Regione:

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva/in forma di disponibilità (**1**)

7) di essere/non essere (**1**) iscritto al corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n. 256/91 o al corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n.257/91, n. 368/99 e n. 277/2003:

denominazione del corso _____

soggetto pubblico che lo svolge _____ inizio dal _____

All.9

8) di operare/non operare **(1)** a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Organismo _____
 via _____ Comune di _____ ore sett. _____
 tipo di attività _____
 tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal _____

9) di operare/non operare **(1)** a qualsiasi titolo in strutture sanitarie private non convenzionate o non accreditate, soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo _____
 -
 via _____ Comune di _____ ore sett. _____
 tipo di attività _____
 tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal _____

10) di svolgere/non svolgere **(1)** funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____
 via _____ Comune di _____ periodo dal _____

11) di svolgere/non svolgere **(1)** per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione, funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:

Azienda _____ Comune di _____ periodo dal _____

12) di avere/non avere **(1)** qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

_____ periodo dal _____

13) di essere/non essere **(1)** titolare o compartecipe di quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

14) di fruire/non fruire **(1)** del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale

periodo dal _____

15) di svolgere/non svolgere **(1)** altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate *(indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)*

periodo dal _____

16) di essere/non essere **(1)** titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato (1):

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

periodo dal _____

All.9

17) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente già dichiarato relativamente ai rapporti di cui ai precedenti numeri 1, 2, 3,4 5, 6 e 16):

Soggetto pubblico _____
 via _____ comune _____
 tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____
 periodo dal _____

18) di essere/non essere (1) titolare di trattamento di pensione a carico di:

 periodo: dal _____

19) di fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____
 periodo dal _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di accettare le prescrizioni dell'avviso e di aver preso visione dell'informativa sul trattamento di dati personali.

Fatto salvo quanto specificatamente previsto nell'avviso, richiede che eventuali comunicazioni dirette inerenti alla presente domanda siano inoltrate presso:

- l'indirizzo pec _____
 la propria residenza
 il domicilio sotto indicato:

Comune _____ () CAP _____
 via _____ Tel. _____/_____

In fede.

data _____

Firma _____

(leggere le avvertenze)

DICHIARAZIONE

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____

Nato/a a _____ il _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere,

1. **di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo** di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo della presente domanda (n.b. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, deve essere annullata tramite apposizione della data e della firma in parte sulla stessa marca e in parte sul modulo); attestando di seguito i dati della marca da bollo utilizzata:

- data e ora di emissione _____
- identificativo n. _____

2. di conservare l'originale della presente domanda per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.

Data _____

Firma _____

All.9

NOTE

(1) Cancellare la parte che non interessa.

AVVERTENZE

Ferme restando le disposizioni del presente avviso relativo agli incarichi vacanti di medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria relativi all'anno 2023 nella Regione FV – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2023, si ricorda:

- **a pena d'esclusione**, la presente domanda va sottoscritta e va allegata copia di un documento di identità in corso di validità (fronte-retro) in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non configura irregolarità formale sanabile;
- in base all'art. 15, della legge 12 novembre 2011, n. 183, "*Le amministrazioni pubbliche e i gestori di pubblici servizi sono tenuti ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47, nonché di tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti, ovvero ad accettare la dichiarazione sostitutiva prodotta dall'interessato.*" Pertanto, il dichiarante **deve sempre indicare i dati informativi necessari**, affinché si possa provvedere agli adempimenti di cui all'art. 71 del precitato D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni;
- **il termine perentorio di presentazione della domanda è di 20 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.** dell'avviso in parola;
- In considerazione delle attuali misure restrittive dettate dal Governo rispetto alla circolazione delle persone, legate all'emergenza sanitaria COVID-19, la domanda va presentata, **entro il suddetto termine perentorio, esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata (PEC)** personale dell'interessato all'indirizzo PEC della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità: salute@certregione.fvg.it.

Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura "*domanda incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria 2023 – pubblicazione straordinaria 2023 (art. 34, comma 5, lettera c) dell'ACN*".

Ai fini dell'accertamento del rispetto dell'anzidetto termine, la data di spedizione è stabilita e comprovata dalla data di spedizione della comunicazione, come risultante dalla marcatura temporale prevista dal sistema di trasmissione della PEC. Il termine ultimo di invio è fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso.

La domanda di partecipazione è sottoscritta con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure è sottoscritta manualmente, scannerizzata e presentata unitamente a copia scannerizzata di un documento di identità. Le scansioni sono in formato PDF.

Non è ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria oppure da PEC non personale, anche se indirizzate alla PEC della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

1. Titolare del trattamento dei dati personali è la Regione Friuli Venezia Giulia, rappresentata dal Presidente, Piazza dell'Unità d'Italia 1, 34121 Trieste
e-mail: presidente@regione.fvg.it PEC: regione.friuliveneziagiulia@certregione.fvg.it.
2. Il Responsabile della protezione dei dati (RDP) è raggiungibile al seguente indirizzo: Piazza dell'Unità d'Italia 1, 34121 Trieste, e-mail: privacy@regione.fvg.it; PEC privacy@certregione.fvg.it ;
3. INSIEL SPA è Responsabile del trattamento dei dati personali connesso all'erogazione dei servizi oggetto del "*Disciplinare per l'affidamento in house delle attività relative allo sviluppo e gestione del sistema informativo integrato regionale e delle infrastrutture di telecomunicazione da parte della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia alla Società Insiel spa*".
4. 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) la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, 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.
5. Il trattamento dei dati forniti dagli interessati o, comunque, assunti in fase istruttoria è funzionale agli adempimenti connessi, strumentali e conseguenti alle procedure di cui al presente avviso. Il loro conferimento è indispensabile per le attività di cui sopra. Il loro eventuale mancato conferimento, la loro inesatta o parziale comunicazione preclude l'attività di gestione delle procedure di assegnazione degli incarichi in parola.
6. 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.

All.9

7. I dati forniti possono essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche nazionali per finalità connesse all'espletamento delle procedure di cui al presente avviso e/o per assolvere, nell'ambito dell'istruttoria, a obblighi previsti dalla normativa vigente.
8. Gli interessati hanno diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, presentare reclamo al Garante dei dati personali, rivolgendo le richieste alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

All. 10

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD **ATTIVITA' ORARIA** RELATIVI ALL'ANNO 2023 – **PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2023** –
(per iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione FVG)
 (comprensivo di dichiarazioni sostitutive)

Bollo
 € 16,00

Alla Regione Autonoma
 Friuli Venezia Giulia
 Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità
 Riva Nazario Sauro, 8
 34124 TRIESTE

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

ai sensi dell'articolo 34, commi 18 e 19 dell'ACN dd. 28.04.2022, e specificatamente (*barrare la voce che interessa*):

ai sensi di quanto previsto dall'art. 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n.135, convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12 (con borsa di studio) o ai sensi di quanto previsto dall'art. 3, della L.401/2000 (SOVRANNUMERARI senza borsa di studio),

oppure

ai sensi di quanto previsto dall'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n.35, convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n.60 (GRADUATORIA RISERVATA),

FA DOMANDA

per l'assegnazione di un incarico vacante di medico del ruolo unico di assistenza primaria **ad attività oraria**, ai sensi dell'articolo 34, commi 18 e 19 dell'ACN rimasti disponibili a conclusione delle procedure di assegnazione ai sensi dell'art. 34, comma 5 dell'A.C.N., e segnatamente nelle seguenti Aziende:

- 1) Azienda _____
- 2) Azienda _____
- 3) Azienda _____

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e successive modifiche consapevoli delle sanzioni penali previste dall'art. 76, del D.P.R. innanzi citato, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 cit.), **dichiara** quanto segue:

-di essere nato/a a _____ prov. (____) in data _____

Codice fiscale

-di risiedere a _____ prov. (____) dal _____

CAP _____ via _____ n. _____

tel: ____/____

indirizzo e mail _____ pec _____

All. 10

-di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ conseguito in data _____ con voto _____;

(se titolo di studio conseguito all'estero indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza rilasciato dal Ministero della Salute e allegare copia dello stesso) _____;

-di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____

- di frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio _____ / _____ presso la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia iniziato in data _____ (data di effettivo inizio dello stesso o per coloro che sono entrati al corso in via di scorrimento della graduatoria si intende la data di inizio della frequenza) e in particolare di frequentare:

O il primo anno, O il secondo anno, O il terzo anno (barrare l'annualità di frequentazione)

-di **non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato/temporaneo di assistenza primaria ad attività oraria;

dichiara inoltre

1) di essere/non essere (1) titolare di un rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati:

Soggetto _____ ore settimanali _____
via _____ comune di _____
tipo di rapporto di lavoro _____
periodo: dal _____;

2) di essere /non essere (1) titolare di un incarico a tempo determinato/con incarico provvisorio (1) come medico di medicina generale ai sensi dell'ACN con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

3) di essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'ACN con massimale di _____ scelte Periodo dal _____

4) di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5) di essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni
provincia _____ branca _____ periodo dal _____

6) di essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Friuli Venezia Giulia o in altra regione:

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____
in forma attiva/in forma di disponibilità (1)

7) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Organismo _____
via _____ comune di _____ ore sett. _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo dal _____

All. 10

8) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in strutture sanitarie private non convenzionate o non accreditate, soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo _____
 via _____ comune di _____ ore sett. _____
 Tipo di attività _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo dal _____

9) di svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____
 via _____ comune di _____ periodo dal _____

10) di svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione, funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:

Azienda _____ comune di _____ periodo dal _____

11) di avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

_____ periodo dal _____

12) di essere/non essere (1) titolare o partecipante di quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

13) di fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale

periodo dal _____

14) di svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)

Periodo dal _____

15) di essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato (1):

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

periodo dal _____

16) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente già dichiarato relativamente ai rapporti di cui ai precedenti numeri 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 16):

Soggetto pubblico _____

via _____ comune _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____

17) di essere/non essere (1) titolare di trattamento di pensione a carico di:

Periodo: dal _____

All. 10

18) di fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____

Periodo dal _____

NOTE _____

Il/La sottoscritto/a dichiara fin d'ora di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dall'Accordo collettivo nazionale per la disciplina normativa e per il trattamento economico dei medici di medicina generale del quale è ad integrale conoscenza.

Fatto salvo quanto specificatamente previsto nell'avviso, richiede che eventuali comunicazioni dirette inerenti alla presente domanda siano inoltrate presso:

l'indirizzo pec _____

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

comune _____ () CAP _____

via _____ Tel. ____/____

In fede.

data _____

Firma _____

(leggere le avvertenze)

DICHIARAZIONE

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____

Nato/a a _____ il _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere,

1. **di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo** di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo della presente domanda (n.b. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, deve essere annullata tramite apposizione della data e della firma in parte sulla stessa marca e in parte sul modulo); attestando di seguito i dati della marca da bollo utilizzata:

- data e ora di emissione _____

- identificativo n. _____

2. di conservare l'originale della presente domanda per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.

Data _____

Firma _____

NOTE

(1) Cancellare la parte che non interessa.

All. 10

AVVERTENZE

Ferme restando le disposizioni dell'avviso – relativo agli incarichi vacanti per l'anno 2023 di medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria nella Regione FVG – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2023 - ai sensi dell'art.34 commi 18 e 19 dell'ACN, si ricorda:

- **a pena d'esclusione** la presente domanda va sottoscritta e va allegata copia di un documento di identità in corso di validità (fronte-retro) in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non configura irregolarità formale sanabile;
- in base all'art. 15, della legge 12 novembre 2011, n. 183, "Le amministrazioni pubbliche e i gestori di pubblici servizi sono tenuti ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47, nonché di tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti, ovvero ad accettare la dichiarazione sostitutiva prodotta dall'interessato." Pertanto, il dichiarante **deve sempre indicare i dati informativi necessari** affinché si possa provvedere agli adempimenti di cui all'art. 71 del precitato D.P.R. n. 445/2000;
- **il termine perentorio di presentazione della domanda è di 20 giorni dalla data di pubblicazione sul B.U.R. e sul sito istituzionale della Regione** dell'avviso in parola;
- la domanda è presentata esclusivamente **a mezzo posta elettronica certificata (PEC)** personale dell'interessato all'indirizzo PEC della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità: salute@certregione.fvg.it;

Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura "*domanda incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria 2023 - pubblicazione straordinaria 2023 (art.34, commi 18 e 19 dell'ACN)*".

Ai fini dell'accertamento del rispetto dell'anzidetto termine, la data di spedizione è stabilita e comprovata dalla data di spedizione della comunicazione, come risultante dalla marcatura temporale prevista dal sistema di trasmissione della PEC. Il termine ultimo di invio è fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso.

La domanda di partecipazione è sottoscritta con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure è sottoscritta manualmente, scannerizzata e presentata unitamente a copia scannerizzata di un documento di identità. Le scansioni sono in formato PDF.

Non è ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria oppure da PEC non personale, anche se indirizzate alla PEC della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

1. Titolare del trattamento dei dati personali è la Regione Friuli Venezia Giulia, rappresentata dal Presidente, Piazza dell'Unità d'Italia 1, 34121 Trieste
e-mail: presidente@regione.fvg.it PEC: regione.friuliveneziaGiulia@certregione.fvg.it
2. Il Responsabile della protezione dei dati (RDP) è raggiungibile al seguente indirizzo: Piazza dell'Unità d'Italia 1, 34121 Trieste, e-mail: privacy@regione.fvg.it; PEC privacy@certregione.fvg.it ;
3. INSIEL SPA è Responsabile del trattamento dei dati personali connesso all'erogazione dei servizi oggetto del "*Disciplinare per l'affidamento in house delle attività relative allo sviluppo e gestione del sistema informativo integrato regionale e delle infrastrutture di telecomunicazione da parte della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia alla Società Insiel spa*".
4. 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) la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, 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.
5. Il trattamento dei dati forniti dagli interessati o, comunque, assunti in fase istruttoria è funzionale agli adempimenti connessi, strumentali e conseguenti alle procedure di cui al presente avviso. Il loro conferimento è indispensabile per le attività di cui sopra. Il loro eventuale mancato conferimento, la loro inesatta o parziale comunicazione preclude l'attività di gestione delle procedure di assegnazione degli incarichi in parola.
6. 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. I dati forniti possono essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche nazionali per finalità connesse all'espletamento delle procedure di cui al presente avviso e/o per assolvere, nell'ambito dell'istruttoria, a obblighi previsti dalla normativa vigente.
8. Gli interessati hanno diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, presentare reclamo al Garante dei dati personali, rivolgendo le richieste alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.