



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ALLEGATO 1

AVVISO PUBBLICO DI SELEZIONE PER L'AMMISSIONE AL CORSO RESIDENZIALE DI FORMAZIONE PER N. 40 TUTOR DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE PER I CORSI TRIENNALI DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE.

Art. 1 Contingente

E' indetto avviso pubblico di selezione per l'ammissione al corso residenziale per n. 40 Tutor da impiegare nei corsi di formazione specifica in medicina generale della Regione Sardegna, riservato a medici di medicina generale, cittadini italiani o di altro Stato membro dell'Unione Europea, laureati in medicina e chirurgia, in possesso dei requisiti previsti dall'art. 27, comma 3, del Decreto Legislativo n. 368/99, come modificato dall'art. 12, comma 3-ter, della L. n. 52/2022 (attività convenzionale da non meno di cinque anni, assistiti in carico pari ad almeno la metà del massimale, esercizio dell'attività in studio accreditato dall'ARES).

Art. 2 Requisiti di ammissione

1. Per essere ammessi al corso è richiesto il possesso dei seguenti requisiti:
 - a) cittadinanza italiana ovvero di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
 - b) laurea in medicina e chirurgia;
 - c) abilitazione all'esercizio professionale;
 - d) iscrizione all'albo professionale dei medici chirurghi e odontoiatri delle province della Regione Sardegna;
 - e) convenzione con il SSN da almeno 5 anni;
 - f) quota di assistiti pari ad almeno 750 unità;
 - g) regolare conseguimento dei crediti ECM relativi al triennio 2019/2022;
 - h) esercizio dell'attività in studio accreditato dall'ARES.

2. I requisiti di cui sopra devono essere posseduti alla data di scadenza del termine utile per la presentazione della domanda di ammissione al corso.

Art. 3 Domanda e termine di presentazione

1. La domanda di ammissione al corso, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso (allegato 2), deve essere presentata esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata (PEC) al seguente indirizzo PEC san.dgsan@pec.regione.sardegna.it entro il termine perentorio di 20 giorni, decorrenti dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino ufficiale della Regione Sardegna. Nell'oggetto dovrà essere obbligatoriamente riportata l'indicazione: "Domanda di ammissione al corso residenziale per Tutor di formazione in medicina generale". Per "termine di presentazione della domanda" si intende la data della ricevuta inviata dal Server di Posta Elettronica Certificata regionale al Server di Posta Elettronica Certificata del candidato.

2. Non saranno considerate valide le domande spedite oltre il termine di scadenza sopra indicato.

3. Nella domanda il candidato deve dichiarare sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, e a pena di esclusione dalla selezione:



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

- a) il proprio cognome, nome, luogo e data di nascita e codice fiscale;
- b) il luogo di residenza;
- c) di possedere la cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione europea;
- d) di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia indicando l'Università degli Studi e l'anno di conseguimento della stessa;
- e) di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, indicando l'Università presso cui è stato conseguito, l'anno di conseguimento, ovvero la sessione dell'esame;
- f) di essere iscritto all'albo professionale di un ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, indicando la provincia di iscrizione o lo Stato membro presso il quale è stata effettuata l'iscrizione;
- g) di essere titolare di Convenzione con il SSN da almeno 5 anni;
- h) di esercitare l'attività in studio accreditato dall'ARES.

4. La domanda deve essere sottoscritta dal candidato a pena di nullità della stessa. La firma non necessita di autenticazione.

5. Alla domanda dovrà essere allegata una fotocopia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità e un curriculum vitae, predisposto secondo lo schema di cui all'allegato 3, firmato e datato. I candidati non dovranno allegare alla domanda alcuna documentazione comprovante le suddette dichiarazioni.

6. Nella domanda il candidato deve indicare l'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) presso il quale deve essere inviata ogni comunicazione relativa alla presente procedura, unitamente al recapito telefonico e all'indirizzo e-mail. Eventuali variazioni di indirizzo o domicilio dovranno essere tempestivamente comunicate.

7. L'amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di domande o comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del candidato o dalla mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo PEC indicato nella domanda, né per eventuali disguidi comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

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

9. Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso la Regione Sardegna per le finalità di gestione del corso e saranno trattati presso una banca dati automatizzata anche successivamente all'eventuale ammissione al corso di formazione, per le finalità inerenti alla gestione della frequenza dello stesso. Il conferimento di tali dati è indispensabile per lo svolgimento delle procedure di ammissione. Le medesime informazioni potranno essere comunicate unicamente alle Amministrazioni Pubbliche direttamente interessate allo svolgimento del corso o alla posizione giuridico - economica del candidato (ARES – ASSL Cagliari – ASSL Sassari).

Art. 4 Titoli valutabili per l'ammissione al corso

Qualora il numero delle domande pervenute superi il numero dei posti messi a bando, verranno valutati i sottoelencati titoli con i relativi punteggi:

- a) anzianità di convenzionamento (per ogni anno o frazione non inferiore a 6 mesi ulteriore rispetto a quella richiesta - 5 anni): 2 punti;



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

b) appartenenza a una delle seguenti forme associative della medicina generale:

- medicina in gruppo: 2 punti;
- medicina in rete: 2 punti;
- medicina in associazione: 1 punto;

c) presenza di un infermiere in studio: 2 punti;

d) presenza di un collaboratore in studio: 1 punto;

e) studio di medicina generale ubicato nella città di Cagliari o di Sassari: 3 punti;

f) studio di medicina generale ubicato entro i 20 km dalla sede di svolgimento delle lezioni (Cagliari o Sassari): 1 punto.

I requisiti di cui alle lett. e) ed f) sono motivati dall'esigenza, emersa durante lo svolgimento dei corsi e segnalata dai discenti, di conciliare le attività teorico/seminariali dei corsisti con quelle di carattere pratico, concentrando le seconde in strutture non eccessivamente distanti dai luoghi di svolgimento delle prime.

Art. 5 Graduatoria – ammissione al corso

1. La Regione Sardegna, in base al punteggio assegnato a ciascun candidato sulla base dei criteri di cui all'art. 4, procede alla formulazione della graduatoria, che verrà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna.
2. L'attribuzione dei posti è disposta in conformità alle risultanze della graduatoria e nei limiti del numero dei posti previsti all'art. 1. I medici che risulteranno in graduatoria dal n. 1 al n. 40 avranno accesso al corso.
3. In caso di parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, la minore età e la minore anzianità di laurea.
4. Il candidato utilmente collocato in graduatoria riceverà comunicazione personale all'indirizzo PEC indicato nella domanda, e dovrà far pervenire comunicazione di accettazione esclusivamente all'indirizzo PEC san.dgsan@pec.regione.sardegna.it entro e non oltre 7 gg. dalla trasmissione della stessa, a pena di esclusione dal corso.
5. Il corso residenziale si svolgerà nel luogo e nelle date stabilite dalla Regione Sardegna, e comporta la partecipazione obbligatoria del personale medico discendente alla totalità delle attività previste. Le spese sono a carico del finanziamento per la formazione specifica in medicina generale, attribuito all'ARES.

Art. 6 Utilizzo della graduatoria

1. La graduatoria dei candidati idonei può essere utilizzata per assegnare, secondo l'ordine della stessa, i posti che dovessero rendersi vacanti per cancellazione dall'albo, rinuncia, decadenza o altri motivi fino all'inizio del corso di formazione.
2. Le eventuali comunicazioni di cui al punto n. 1 saranno effettuate per le vie brevi con riserva di successiva formalizzazione ufficiale.
3. I medici che frequenteranno il corso nella sua interezza conseguiranno l'attestato di tutor per la formazione specifica in medicina generale e saranno inseriti nell'elenco regionale vigente.
4. Per quanto non contenuto nel presente avviso si rinvia alle norme vigenti in materia di formazione specifica in medicina generale.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Il Direttore del Servizio

Giovanni Pilia
(firmato digitalmente)



Fac-simile domanda ALLEGATO 2
(Compilare in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile)

POSTA CERTIFICATA

Alla Regione Sardegna

Assessorato Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale
Direzione Generale Sanità

Servizio Programmazione Sanitaria e economico
finanziaria e controllo di gestione

san.dgsan@pec.regione.sardegna.it

Oggetto: Domanda di partecipazione al corso per l'inserimento nell'elenco regionale dei Tutor di medicina generale per i corsi triennali di formazione specifica in medicina generale.

Il /La Sottoscritto/a _____

(Cognome e Nome)

nato/a _____ Provincia _____

il _____ e residente a _____

(provincia di _____) in via/piazza _____

n. civico _____ CAP _____ telefono fisso _____ cellulare _____

codice fiscale _____

PEC _____ E-MAIL _____

con Ambulatorio MG ubicato nel Comune di _____

In possesso dei requisiti previsti dall'art. 12, comma 3 - ter, del Decreto legislativo n. 24/2022 (almeno 5 anni di attività convenzionale con il SSN – quota assistiti pari ad almeno 750 pazienti – esercizio in studio professionale accreditato dall'ARES).

CHIEDE

di essere ammesso/a alla frequenza del corso residenziale per Tutor, riservato ai medici di medicina generale, in possesso dei requisiti indicati all'art. 2 dell'Avviso pubblico allegato alla determinazione n. _____ del _____ per l'inserimento nell'elenco regionale dei Tutor di medicina generale per i corsi di formazione specifica in medicina generale organizzati dalla Regione Sardegna.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1. di essere cittadino italiano/cittadino di Stato membro dell'Unione Europea _____
(indicare la cittadinanza di Stato dell'Unione Europea)

2. di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il _____
(gg/mm/anno)
presso l'Università di _____
3. di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, conseguito:
presso l'Università di _____ il _____
4. di essere iscritto/a all'albo dell'ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri di _____
di essere convenzionato con il SSN dal _____ (indicare gg/mm/aa) e di esercitare l'attività in studio professionale
accreditato
di avere una quota assistiti pari a _____
di appartenere a una delle seguenti forme associative della medicina generale (Gruppo – Rete – Associazione semplice)

di avere/non avere un infermiere di studio
di avere/non avere un collaboratore di studio

DICHIARA ALTRESI'

di essere a conoscenza e di accettare che l'inserimento nel predetto Elenco non comporta automaticamente il diritto al conferimento dell'incarico per i trienni in corso, in quanto le modalità di abbinamento previste dalle Linee guida Regionali per la Formazione Specifica in Medicina Generale stabiliscono anche la facoltà, per il tirocinante, di esercitare motivata opzione sulla scelta del Tutor in base all'esame dei curricula di tutti gli iscritti nell'Elenco, con particolare riguardo al criterio di residenza del Tirocinante;

di impegnarsi a frequentare, pena l'esclusione dal predetto Elenco, il Corso Propedeutico sugli aspetti organizzativi e sulle metodologie didattiche del Corso Triennale, che la Regione Sardegna organizzerà a livello regionale, nonché gli eventuali ulteriori corsi di verifica e valutazione, per la durata dell'intero inserimento nel suddetto Elenco dei Tutor;

di essere a conoscenza e di accettare che la frequenza del predetto corso, per disposizione del competente Assessorato Regionale, è obbligatoria anche per quanti siano già in possesso di attestato di Tutor di Medicina Generale o altro similare a qualsiasi titolo rilasciato da Università, Enti Pubblici e Privati e/o Società Scientifiche, se i programmi svolti nell'ambito dei corsi organizzati dai predetti organismi non fossero aderenti ai programmi specifici previsti per il conseguimento dell'Attestato di Tutor per la formazione specifica in medicina generale;

di impegnarsi, in caso di effettivo conferimento dell'incarico di Tutor nei trienni in corso, ad attenersi scrupolosamente alle disposizioni di legge e a quelle regolamentari emanate dalla Regione Sardegna per lo svolgimento dell'attività didattica di natura pratica e teorica integrata, e di accettare espressamente e senza riserve le previsioni relative all'eventuale possibilità di revoca dell'incarico contemplate nel programma regionale del Corso;

di essere a conoscenza che le disposizioni del programma dei Corsi Triennali riguardano esclusivamente, nel rispetto degli obiettivi formativi, gli aspetti organizzativi e didattici dell'attività di Tutor, mentre tutto quanto attiene gli aspetti economici e contrattuali è demandato dalla Regione Sardegna all'ARES, come da Linee Guida regionali – emanate con Determinazione del 13 dicembre 2010 n. 1223 – Piano Finanziario;

che tutte le informazioni contenute nell'allegato "curriculum vitae" sono veritiere e che l'eventuale accertato rilascio di dichiarazioni non veritiere comporta, oltre alle conseguenze penali previste dalle leggi in materia, l'immediata esclusione dall'Elenco e la revoca inappellabile di incarichi eventualmente conferiti;

di impegnarsi a comunicare tempestivamente l'eventuale insorgenza di situazioni professionali che facciano venir meno il possesso dei requisiti previsti dall'art. 27, comma 3, del Decreto Legislativo n. 368/99 e s.m.i. per i conseguenti adempimenti dei responsabili del Corso;

di essere a conoscenza che l'inserimento nell'elenco dei Tutor ha validità regionale ed esclusiva per la formazione specifica in medicina generale, e non pregiudica un rapporto di lavoro a tempo indeterminato né con la Regione Sardegna né con ARES che perfeziona l'incarico; l'obbligatorietà del possesso e dell'accertamento dei prescritti requisiti saranno oggetto di verifica da parte dell'Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, Ufficio Formazione Specifica in Medicina Generale.

Allega alla presente:

- *curriculum vitae predisposto secondo il modulo allegato, datato e firmato, reso sotto forma di dichiarazione sostitutiva;*
- *fotocopia di un documento di identità in corso di validità.*

Luogo e data _____

Firma del Medico _____

Ai sensi del Regolamento UE, GDPR 679/2016 e delle disposizioni nazionali in materia, in particolare il D. L.gs n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) come modificato dal D. L.gs n. 101/2018, il sottoscritto autorizza l'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale e l'ARES al trattamento dei dati contenuti nella presente domanda e nel curriculum allegato per i propri fini istituzionali relativi agli adempimenti connessi allo svolgimento dell'incarico di Tutor per i Corsi Triennali di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Luogo e data _____

Firma del Medico _____



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ALLEGATO 3

MODULO CURRICULUM VITAE

Cognome:	Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:	Provincia:
Cittadinanza:		
Residenza:	Via/piazza	n. Provincia:
Ubicazione studio (luogo):	Via/piazza	n.
Telefono studio:	Cellulare	e-mail
Indirizzo PEC		
Laurea in Medicina e Chirurgia	conseguita presso l'Università di:	Anno:
Abilitazione all'esercizio professionale di:	dal (gg/mm/aa):	
Iscrizione all'Albo professionale di:	dal (gg/mm/aa):	
Specializzazione:	conseguita presso l'Università di:	Anno:

Dati inerenti l'attività professionale

Convenzione in qualità di Medico di Medicina Generale	dal (anno):	ASSL:
Numero assistiti attualmente in carico:	Ore settimanali di ambulatorio:	
Esercizio in esclusiva dell'attività di Medico di Medicina Generale	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
In possesso dei crediti ECM relativi al triennio 2019/2022	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Ulteriori titoli valutabili

Appartenenza a una delle seguenti forme associative della Medicina Generale		
1) Medicina di gruppo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2) Medicina in rete	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3) Medicina in associazione	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Presenza di un infermiere in studio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Presenza di un collaboratore in studio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Studio MG ubicato nel comune di Cagliari o Sassari	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Studio MG ubicato entro i 20 km dal comune di Cagliari o Sassari	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Luogo e data _____

Firma del Medico _____

Ai sensi del Regolamento UE, GDPR 679/2016 e delle disposizioni nazionali in materia, in particolare il D. L.gs n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) come modificato dal D. L.gs n. 101/2018, il sottoscritto autorizza la Regione Sardegna e l'ARES al trattamento dei dati contenuti nella domanda e nel presente curriculum che saranno utilizzati per le finalità inerenti il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Luogo e data _____

Firma del Medico _____