

**Bollo
€ 16,00**

Alla Direzione centrale salute,
politiche sociali e disabilità
riva Nazario Sauro, 8
34124 TRIESTE

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA UNICA REGIONALE PER I MEDICI DI MEDICINA
GENERALE ANNO 2020**

PRIMO INSERIMENTO

INTEGRAZIONE TITOLI

_ _ sottoscritt_, secondo quanto previsto dall' art. 15 dell'A.C.N. per la medicina generale 23/03/2005 e s.m.i., **chiede** di essere inserito nella graduatoria unica regionale per la medicina generale, valevole per l'anno **2020** per lo svolgimento dell'attività nel settore di (barrare il o i settori di attività per i quali si intende concorrere)
(Si raccomanda la lettura delle avvertenze per la compilazione nonché dell'avviso):

- assistenza primaria
- continuità assistenziale
- emergenza sanitaria territoriale dichiaro di essere in possesso dell'attestato di idoneità conseguito in data _____
- medicina dei servizi territoriali

Dichiara di non essere già titolare di incarico a tempo indeterminato negli anzidetti settori prescelti.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, previste dall'art. 76 del D.P.R. innanzi citato, **DICHIARA:**

COGNOME _____ NOME _____
Nato /a il (gg/mm/aa) ___/___/_____ a _____ Prov. _____
Stato estero di nascita _____
Residente a _____ Prov. _____
Via/piazza _____ n. _____
CAP _____ tel _____ / cell. _____
Codice fiscale _____
Indirizzo pec _____
Indirizzo e-mail _____

Indirizzo presso il quale inviare eventuali comunicazioni:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:
c/o _____ Comune _____ Prov. _____
Via/piazza _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
Indirizzo pec _____
Indirizzo e-mail _____

- di essere cittadino italiano
- di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare) _____
- di essere cittadino del seguente Stato _____ ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art.38, commi 1 e 3bis del D.lgs n.165/2001 e s.m.i.
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____ dal _____
- di non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale
- di non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM)

Titoli accademici e di studio

Diploma di laurea con voto _____
 (voto 110/110 e lode e 110/110 o 100/100 e lode e 100/100 = punti 1,00; voto da 105/110 a 109/110 o da 95/100 e 99/100 = punti 0.50; voto da 100/110 a 104/110 o da 90/100 a 94/100 = punti 0.30)
 conseguito in data _____ Università di _____
 (deve essere indicata la città in cui ha sede l'Università; per le città, come Roma, sedi di più Atenei si dovrà indicare anche il nome dell'Università, ad esempio: Roma Sapienza, Roma Luiss, Roma Tre, Roma Tor Vergata)

Abilitazione all'esercizio della professione medica conseguita in data _____ Università di _____
 (deve essere indicata la città in cui ha sede l'Università; per le città, come Roma, sedi di più Atenei si dovrà indicare anche il nome dell'Università, ad esempio: Roma Sapienza, Roma Luiss, Roma Tre, Roma Tor Vergata)

Specializzazione in disciplina equipollente alla medicina generale ai sensi della normativa vigente (punti 0.50 per ciascuna specializzazione)
 -specializzazione in _____
 conseguita in data _____ Università di _____
 la formazione specialistica è stata conseguita ai sensi del D.lgs n. 257/1991 e D.lgs n. 368/1999 come modificato dal D.lgs n. 277/2003 sì no
 inizio frequenza (indicare gg/mm/aa) _____ fine frequenza (indicare gg/mm/aa) _____

-specializzazione in _____
 conseguita in data _____ Università di _____
 la formazione specialistica è stata conseguita ai sensi del D.lgs n. 257/1991 e D.lgs n. 368/1999 come modificato dal D.lgs n. 277/2003 sì no
 inizio frequenza (indicare gg/mm/aa) _____ fine frequenza (indicare gg/mm/aa) _____

Specializzazione nelle discipline affini alla medicina generale ai sensi della normativa vigente (punti 0.50 per ciascuna specializzazione)
 -specializzazione in _____
 conseguita in data _____ Università di _____
 la formazione specialistica è stata conseguita ai sensi del D.lgs n. 257/1991 e D.lgs n. 368/1999 come modificato dal D.lgs n. 277/2003 sì no
 inizio frequenza (indicare gg/mm/aa) _____ fine frequenza (indicare gg/mm/aa) _____

-specializzazione in _____
 conseguita in data _____ Università di _____
 la formazione specialistica è stata conseguita ai sensi del D.lgs n. 257/1991 e D.lgs n. 368/1999 come modificato dal D.lgs n. 277/2003 sì no
 inizio frequenza (indicare gg/mm/aa) _____ fine frequenza (indicare gg/mm/aa) _____

Attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2 e all'art. 2, comma 2 del D.lgs n. 256/1991 e D.lgs n. 368/1999 come modificato dal D.lgs n. 277/2003 (punti 7,20)
conseguito il _____ nella Regione _____
- periodo di svolgimento del corso di formazione (*indicare gg/mm/aa*) dal _____ al _____

Iscrizione al corso di formazione in medicina generale, di cui all'art. 1, comma 2 e all'art. 2, comma 2 del D.lgs n. 256/1991 e D.lgs n. 368/1999 come modificato dal D.lgs n. 277/2003, del triennio _____ / _____, iniziato il _____ presso la Regione _____ con previsione di conseguimento del titolo entro il 15 settembre 2019

Frequenza corso di specializzazione
-Università di _____
-inizio frequenza (*indicare gg/mm/aa*) _____

la formazione specialistica è conforme alle previsioni del D.lgs n. 257/1991 e D.lgs n. 368/1999 come modificato dal D.lgs n. 277/2003 sì no

Conoscenza della lingua inglese documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE) conseguito il _____ presso _____ (punti 0,20)

Conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL) conseguita il _____ presso _____ (punti 0,20)

Titoli di servizio

Attività di medico d'assistenza primaria convenzionato, con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell'ambito della Regione Friuli Venezia Giulia (0,30 punti per mese d'attività)
indicare gg/mm/aa
dal _____ al _____ Azienda _____
Sede (indirizzo) _____
dal _____ al _____ Azienda _____
Sede (indirizzo) _____
dal _____ al _____ Azienda _____
Sede (indirizzo) _____
dal _____ al _____ Azienda _____
Sede (indirizzo) _____

Attività di medico d'assistenza primaria convenzionato, con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell'ambito di altra Regione _____ (0,20 punti per mese d'attività)
indicare gg/mm/aa
dal _____ al _____ Azienda _____
Sede (indirizzo) _____
dal _____ al _____ Azienda _____
Sede (indirizzo) _____
dal _____ al _____ Azienda _____
Sede (indirizzo) _____
dal _____ al _____ Azienda _____
Sede (indirizzo) _____

Attività di sostituzione del medico d'assistenza primaria convenzionato (0,20 punti per mese d'attività). *Le sostituzioni sono valutabili solo se effettuate a medico con più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi.*

indicare gg/mm/aa

Azienda _____

Sede (indirizzo) _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

Azienda _____

Sede (indirizzo) _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

Azienda _____

Sede (indirizzo) _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

Azienda _____

Sede (indirizzo) _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

Azienda _____

Sede (indirizzo) _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

Azienda _____

Sede (indirizzo) _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria dovuta ad attività sindacale del titolare, anche se di durata inferiore a 5 giorni (0,20 punti per mese d'attività)

indicare gg/mm/aa

Azienda _____

Sede (indirizzo) _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria dovuta ad attività sindacale del titolare, effettuata su base oraria (0,20 punti per mese d'attività rapportato a 96 ore)

indicare gg/mm/aa e n° ore

Azienda _____

Sede (indirizzo) _____

dal _____ al _____ ore _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ ore _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ ore _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ ore _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ ore _____ medico sostituito _____

Servizio effettivo, con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o anche a titolo di sostituzione nella continuità assistenziale (0,20 punti per mese d'attività rapportato a 96 ore).

Azienda _____

Sede (indirizzo) _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

Azienda _____

Sede (indirizzo) _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

Servizio effettivo, con incarico tempo indeterminato, determinato, provvisorio o anche a titolo di sostituzione nell'emergenza sanitaria territoriale (0,20 punti per mese d'attività).

Azienda _____

Sede (indirizzo) _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

Servizio effettivo, con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi territoriali (0,20 punti per mese d'attività rapportato a 96 ore).

Azienda _____

Sede (indirizzo) _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate (0,10 per mese d'attività rapportato a 52 ore)

Azienda _____

Sede (indirizzo) _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

Turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale ai sensi del presente accordo (0,05 punti per mese d'attività rapportato a 96 ore)

Azienda _____

Sede (indirizzo) _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

Attività medica di assistenza ai turisti organizzata dalle Regioni o dalle Aziende (0,20 punti per mese d'attività)

indicare gg/mm/aa

Azienda _____

Sede (indirizzo) _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

Attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta (0,10 punti per mese d'attività). *Le sostituzioni sono valutabili solo se effettuate a medico con più di 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi.*

indicare gg/mm/aa

Azienda _____

Sede (indirizzo) _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

Azienda _____

Sede (indirizzo) _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

dal _____ al _____ medico sostituito _____

Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna; medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici; medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti (0,05 punti per mese d'attività)

indicare gg/mm/aa

dal _____ al _____

presso (denominazione e indirizzo) _____

dal _____ al _____

presso (denominazione e indirizzo) _____

Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari sia a tempo indeterminato che di sostituzione per conto del Ministero di Giustizia, ai sensi della L. 9 ottobre 1970, n. 740 (0,20 punti per mese d'attività)

indicare gg/mm/aa

dal _____ al _____

presso (denominazione e indirizzo) _____

dal _____ al _____

presso (denominazione e indirizzo) _____

dal _____ al _____

presso (denominazione e indirizzo) _____

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o anche a titolo di sostituzione di medico di assistenza penitenziaria/servizio effettivo in rapporto di convenzionamento con il SSN, presso gli istituti penitenziari, per ogni mese di attività corrispondente a 96 ore di attività (0,20 punti per mese di attività rapportato a 96 ore)

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

mese/anno _____ ore _____

Servizio prestato presso le Aziende termali private accreditate in qualità di dipendente a tempo pieno, con rapporto di lavoro esclusivo e con orario di lavoro non inferiore alle 35 ore settimanali, equiparato all'attività di continuità assistenziale (art. 8, della L. n. 323/2000) (0,20 per mese d'attività)

indicare gg/mm/aa

dal _____ al _____

presso (denominazione e indirizzo) _____

dal _____ al _____

presso (denominazione e indirizzo) _____

Servizio effettivo, svolto in paesi dell'Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale; servizio prestato ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125 ed assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del D.M. 1 settembre 1988 n. 430, (0,20 per mese d'attività)

indicare gg/mm/aa

dal _____ al _____

presso (denominazione e indirizzo) _____

dal _____ al _____

presso (denominazione e indirizzo) _____

Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile), anche in qualità di Ufficiale medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina (0,10 punti per mese)

indicare gg/mm/aa

dal _____ al _____ presso (denominazione e indirizzo) _____

Stesso servizio svolto in concomitanza d'incarico convenzionale conferito dall'Azienda nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico (0,20 punti per mese)

dal _____ al _____ presso (denominazione e indirizzo) _____

Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge n. 64/2001, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina (0,10 punti per mese)

indicare gg/mm/aa

dal _____ al _____ presso (denominazione e indirizzo) _____

Stesso servizio svolto in concomitanza d'incarico conferito dall'Azienda nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico (0,20 punti per mese)

dal _____ al _____ presso (denominazione e indirizzo) _____

Attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo, di medico della Polizia di Stato (0,20 punti per mese)

dal _____ al _____ presso (denominazione e indirizzo) _____

La sottoscritta dichiara di aver usufruito di astensione anticipata o di astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio nei seguenti periodi:

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso Azienda _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso Azienda _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso Azienda _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso Azienda _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso Azienda _____

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di non avere avere subito provvedimenti di revoca del rapporto convenzionale di medico di medicina generale. In caso affermativo indicare la data di revoca del rapporto convenzionale ____/____/____ e l'Azienda che ha adottato il provvedimento _____;
- che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Fogli allegati

Fogli n. ____

Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità

Firma

Data _____

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; 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.

Firma

Data _____

Avvertenze per la compilazione:

1. I medici che presentano la domanda per la prima volta devono barrare la relativa casella "primo inserimento", tutti gli altri devono barrare la casella "integrazione titoli".
2. **A decorrere dalla graduatoria valevole per l'anno 2020, ai sensi dell'art. 15, comma 3 dell'ACN come novellato dall'ACN 21.6.2018, la domanda di inserimento o integrazione titoli va obbligatoriamente presentata ogni anno a pena di esclusione.**
3. I medici già presenti nella precedente graduatoria regionale – **oltre all'obbligo della presentazione della domanda a pena di cancellazione** – possono dichiarare i soli titoli di nuova acquisizione o quelli non allegati in precedenza.
4. Il medico indica il settore (o i settori) nel quale intende svolgere la propria professione. Tale scelta costituisce un adempimento essenziale al fine della successiva partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti nel corso dell'anno di validità della graduatoria alla quale possono partecipare solo i medici che abbiano preventivamente scelto il settore individuato come carente.
5. Il medico non può indicare il settore nel quale risulti già titolare di convenzione a tempo indeterminato in quanto il medico già titolare di convenzione può concorrere al conferimento degli incarichi vacanti solo attraverso la procedura del trasferimento.
6. **Nel settore dell'emergenza sanitaria territoriale è inserito solo il medico che dichiara di aver conseguito il relativo attestato di idoneità specificandone la data di conseguimento, in quanto requisito per lo svolgimento dell'attività.**
7. **Possono presentare domanda anche i medici che acquisiranno il titolo di formazione in medicina generale entro il 15 settembre 2019.** I medici sono inseriti con riserva e sono tenuti a produrre l'autocertificazione del conseguimento del titolo entro il suddetto termine perentorio. Il mancato possesso del titolo e/o la mancata autocertificazione comportano l'esclusione dalla graduatoria.
8. **La domanda va presentata entro e non oltre il termine perentorio del 31 gennaio 2019 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**
9. Il termine ultimo di invio, a pena di esclusione, è fissato alle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso (31.1.2019). A tal fine 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.
10. Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura "*domanda graduatoria regionale annuale medicina generale 2020*".
11. 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.
12. Alla domanda va applicata una marca da bollo da euro 16,00, debitamente annullata. Alla stessa va, altresì, allegata copia scannerizzata di un documento di identità in corso di validità a pena di esclusione.
13. La domanda di partecipazione è sottoscritta a pena di nullità della stessa con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure è sottoscritta con firma autografa del candidato, quindi scansionata e presentata unitamente a copia scannerizzata di un documento di identità. Le scansioni sono in formato PDF.
14. L'inoltro della domanda è a completo ed esclusivo rischio del mittente con esclusione di qualsivoglia responsabilità dell'amministrazione ove la domanda, per eventuali disguidi e/o altri motivi anche indipendenti dalla volontà dei candidati e anche se la spedita anteriormente alla data di scadenza, non pervenga entro il termine ultimo sopra indicato.
15. È necessario compilare la domanda in modo chiaro e leggibile, preferibilmente a caratteri stampatello o dattiloscritto, e in relazione ai titoli accademici e di servizio vanno indicati tutti i dati richiesti in modo completo al fine di consentirne la valutazione ed i necessari controlli di veridicità, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000.
16. L'omissione o l'incompletezza dei dati o la non leggibilità/comprendibilità dei dati indicati comporta la non valorizzazione del relativo punteggio.
17. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria valevole per l'anno 2020 sono valutati solo i titoli posseduti al 31.12.2018, oltre al punteggio per il titolo di formazione in medicina generale acquisito entro il 15.9.2019.
18. Qualora lo spazio nei riquadri non sia sufficiente per la descrizione dei titoli accademici e di servizio, l'interessato può completarne l'elencazione, utilizzando copia della stessa pagina che sarà allegata alla domanda. In alternativa il candidato può anche utilizzare altro foglio dove aggiungere i titoli/servizi avendo però cura di riportare esattamente la stessa descrizione riportata sul modello di domanda. Di tale allegazione occorre fare menzione come previsto nel modello di domanda.
19. Per il solo fine di agevolare le procedure interne di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni il medico può trasmettere copia fotostatica semplice, anche non autenticata, dei certificati di servizio o altro di cui sia eventualmente in possesso.
20. I titoli conseguiti presso soggetti privati o esteri devono essere allegati alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge.
21. Per i titoli di studio conseguiti all'estero vanno indicati gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza rilasciato dal Ministero della Salute. Per i titoli di servizio prestati all'estero (art. 16, comma 1, lettera q) come modificato dall'art. 3 dell'ACN 21.6.2018, il servizio è attestato con certificazioni, in originale o copia conforme all'originale, sottoscritte dal legale rappresentante dell'Ente, con allegata la traduzione in lingua italiana certificata, vistata per conferma dalla competente autorità consolare italiana all'estero.

22. Per i servizi sanitari prestati all'estero per i quali è previsto uno specifico provvedimento di riconoscimento (art.124, comma 2, decreto legislativo 112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento. Per quanto concerne il riconoscimento richiesto ai fini dell'accesso alle convenzioni con le Aziende sanitarie per l'assistenza primaria di cui alla procedura prevista con decreto del Direttore n. 823, del 31.5.2018, reperibile sul sito della Regione FVG www.regione.fvg.it alla voce home/salute e sociale/sistema sociale e sanitario/area operatori, va indicato il provvedimento di riconoscimento.
23. La conoscenza della lingua inglese deve essere documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE).
24. Nel caso in cui le dichiarazioni presentino delle irregolarità o delle omissioni, non costituenti falsità, rilevabili d'ufficio, l'interessato è tenuto, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000, a regolarizzare o completare dette dichiarazioni, pena l'esclusione dal procedimento che, nella fattispecie, si traduce nell'esclusione dalla graduatoria.
25. **Il dichiarante decade dai benefici attribuiti a seguito dell'accertamento di dichiarazioni non veritiere.**
26. L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare in qualsiasi momento la sussistenza dei requisiti richiesti e la veridicità delle attestazioni prodotte, anche mediante controlli a campione.
27. Non sono accolte le domande:
- a) quando all'esito dell'istruttoria risulti la carenza di requisiti;
 - b) pervenute oltre i termini perentori come sopra indicati;
 - c) presentate con modalità diverse da quelle indicate nel presente avviso;
 - d) prive di sottoscrizione e/o della fotocopia del documento d'identità (Consiglio di Stato – V Sez. – Sentenze n. 5677/2003 e n. 7140/2004 e IV Sez. – Sentenza n. 2745/2005), in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non può configurarsi quale mera irregolarità od omissione formale sanabile.
 - e) con indicazione solo di settori di attività della medicina generale nei quali il medico risulti essere già titolare di incarico a tempo indeterminato;
 - f) per il mancato conseguimento del titolo di formazione specifica in medicina generale entro il termine perentorio del 15/9/2019 o della produzione della relativa autocertificazione entro il medesimo termine.

Informativa sui dati personali

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 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.

Il trattamento dei dati forniti è diretto esclusivamente per gli adempimenti connessi, strumentali e conseguenti al presente procedimento di formazione della graduatoria regionale per la medicina generale ai sensi dell'A.C.N.

Il conferimento dei dati da parte degli interessati è indispensabile per svolgere le attività e gli adempimenti di cui sopra. L'eventuale mancato conferimento dei dati richiesti preclude la partecipazione al presente procedimento e, in particolare, l'inserimento nella relativa graduatoria ed eventuale assegnazione degli ambiti territoriali carenti.

Il trattamento dei dati è effettuato avvalendosi sia di mezzi informatici che cartacei protetti e non accessibili al pubblico.

I dati forniti potranno essere comunicati alle amministrazioni pubbliche direttamente interessate all'assegnazione in relazione alla procedura di assegnazione di eventuali incarichi e comunque nell'ambito degli adempimenti inerenti e conseguenti al procedimento in parola.

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. Il trattamento dei dati personali forniti comprende anche la loro pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Friuli Venezia Giulia nelle sole misure necessarie e proporzionali alle finalità del presente procedimento.

Titolare del trattamento dei dati è la Regione Friuli Venezia Giulia, rappresentata dal Presidente, Responsabile della protezione dei dati (RDP) è il dott. Mauro Vigni, in qualità di direttore centrale per particolari funzioni, mentre 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".