



**AVVISO DI SELEZIONE
PER L'ACCESSO AL PERCORSO REGIONALE DI AGGIORNAMENTO
DELLA RETE DEI TUTOR PER LA MEDICINA GENERALE**

La presente procedura selettiva è rivolta ai Medici di Medicina Generale, ai sensi dell' art. 27 del D. Lgs. n. 368/1999 e s.m.i, aventi almeno 10 anni di convenzionamento in medicina generale (di assistenza primaria e/o di continuità assistenziale), titolari di almeno 750 scelte alla data di presentazione della domanda, ed iscritti negli elenchi dei medici di assistenza primaria di una delle Aziende ULSS della Regione Veneto.

L'iter si svolgerà come di seguito indicato:

- I. presentazione delle domande: entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul BUR della Regione Veneto, mediante la compilazione del modulo allegato;
- II. istruttoria delle domande e verifica dei requisiti, da parte dei competenti uffici regionali e predisposizione dell'elenco degli ammessi al corso;
- III. comunicazione di avvio del percorso formativo ai professionisti di cui al punto precedente con almeno 15 giorni di anticipo rispetto alla data di inizio corso;
- IV. svolgimento delle attività formative (prevalentemente con modalità FAD);
- V. conseguente inserimento dei medici formati nell'elenco regionale dei Tutor per la Medicina Generale, previo superamento di una prova finale riguardante le tematiche oggetto di corso.

Le domande di ammissione alla selezione devono essere redatte in carta semplice, utilizzando l'apposito modulo riportato nel presente Avviso, reperibile altresì nel seguente sito internet della Regione Veneto: <http://www.regione.veneto.it/web/sanita/attivita-di-formazione>.

Le domande, debitamente compilate e sottoscritte, dovranno essere inviate allegando una fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità e un curriculum vitae in formato europeo anch'esso datato e sottoscritto, obbligatoriamente a mezzo PEC personale nominativa o comunque univocamente riconducibile all'interessato (indirizzata a: iscrizioni.fssp@legalmail.it specificando nell'oggetto "DOMANDA ACCESSO RETE TUTOR MMG") **o a mezzo Raccomandata A/R** (indirizzata a: Fondazione Scuola di Sanità Pubblica, Via Europa Unita 22 - 36030 Montebelluna Precalcino (VI)) **entro il termine di 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso. Nel caso di trasmissione tramite Raccomandata A/R, farà fede la data di invio.**

I candidati ai sensi dell'art. 47 DPR n. 445/2000 non sono tenuti ad allegare alla domanda alcuna documentazione comprovante le dichiarazioni ivi contenute.

In conformità a quanto stabilito dalla D.G.R. n. 2837/2014 verrà riconosciuto ai corsisti aventi diritto un ristoro degli oneri di sostituzione per le sole giornate di frequenza in aula (pari a 100 euro per singola giornata formativa residenziale, fino ad un massimo complessivo di 300 euro per MMG frequentante).



DOMANDA DI AMMISSIONE

AL PERCORSO FORMATIVO AI FINI DELL'INSERIMENTO NELL'ELENCO E CONSEGUENTE SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ DI TUTOR PER LA MEDICINA GENERALE

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ (prov. _____) il _____
residente a _____ (prov. _____)
via/p.zza _____ n. civ. _____ Comune di _____
(Prov. _____) c.a.p. _____ telefono _____ e-mail _____
Indirizzo PEC _____

CHIEDE

di essere ammesso al percorso formativo ai fini dell'inserimento nell'elenco regionale e conseguente svolgimento delle attività di Tutor MMG per la Scuola di formazione specifica in Medicina Generale.

A tal fine, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- di essere MMG (di assistenza primaria e/o di continuità assistenziale) dal ___/___/___
di essere titolare di _____ scelte
di essere iscritto negli elenchi dei medici di assistenza primaria c/o l'Azienda ULSS n. _____ della Regione Veneto
di eleggere, per comunicazioni, preciso recapito al seguente indirizzo (specificare SOLO se diverso dalla residenza):
via/p.zza _____ n. civ. _____ Comune di _____ (Prov. _____)
di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 27/04/2016 n. 679 (c.d. General Data Protection Regulation, GDPR) e delle disposizioni nazionali vigenti in materia (in particolare il D.lgs. 196/2003 e il D.lgs. 101/2018) ai fini dello svolgimento del corso e attività ad esso connesse e/o correlate.

Allega:

- CV in formato europeo
Fotocopia di un valido documento di riconoscimento

(firma)