

ASL FG

**Avviso pubblico di ammissione per la partecipazione al Corso di Formazione per il conseguimento dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale.**

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale n. 779 del 24/05/2019 e di integrazione n. 835 del 11/06/2019, è indetto

**AVVISO PUBBLICO**

per la partecipazione al Corso di Formazione per il conseguimento dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale ai sensi dell'art. 96 dell'A.C.N. (Accordo Collettivo Nazionale) del 29/07/2009, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art.8 del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni.

**art. 1  
(Istituzione dei corsi)**

È istituito n. 1 corso di formazione per il conseguimento dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale (118).

Al corso saranno ammessi n. 30 medici appartenenti alle categorie individuate al successivo art. 2.

**art. 2  
(Requisiti di iscrizione ed ammissione al Corso)**

Al corso possono partecipare i medici appartenenti alle seguenti categorie e secondo l'ordine di precedenza definito dal citato art. 96, e specificatamente:

**in via prioritaria:**

- 1 i medici titolari di continuità assistenziale residenti nella ASL FG, secondo l'anzianità di incarico;
- 2 i medici titolari di continuità assistenziale residenti nelle Aziende limitrofe secondo l'anzianità di incarico;
- 3 i medici titolari di continuità assistenziale presso altre AA.SS.LL. della Regione Puglia;
- 4 i medici residenti nella ASL FG, secondo l'ordine della graduatoria regionale vigente;

**in via subordinata:**

- 5 i medici non inclusi nella graduatoria regionale vigente, ma in possesso dell'Attestato di Formazione in medicina Generale, conseguito nella Regione Puglia, specificando nella domanda la data;
- 6 in mancanza di domande da parte delle categorie su citate, possono partecipare tutti i medici laureati in medicina e chirurgia ed iscritti ai rispettivi albi degli ordini dei medici.

A parità di condizioni, le domande in soprannumero saranno graduate secondo i seguenti criteri di cui all'art. 16 comma 5 dell'A.C.N. del 23/03/2005: minore età, voto di laurea e anzianità di laurea.

L'ammissione dei partecipanti al corso viene effettuata sulla base di apposita graduatoria aziendale, in considerazione del proprio fabbisogno quantificato nella misura di 30 unità, indispensabile a garantire le esigenze complessive per incarichi di sostituzione e reperibilità.

**Art. 3  
(Durata e programma del corso)**

Il corso, di cui al presente bando, ha durata almeno quadrimestrale, per un orario complessivo di 400 ore, di cui n.100 di formazione teorica e n.300 di formazione pratica.

**Art. 4**  
**(Obbligo di frequenza al corso)**

La frequenza è obbligatoria e si articola secondo il programma formativo definito a livello regionale.

Il tirocinio guidato, della durata di 300 ore, si articola in turni diurni e notturni, secondo un percorso formativo individuale. Il tirocinio è guidato da medici animatori e si svolge presso le UU.OO. di Terapia Intensiva polivalente, Sale Operatorie, Sale Parto, U.T.I.C. (Unità di Terapia Intensiva Cardiologica), Centrali Operative, mezzi di soccorso, Pronto Soccorso, ecc.

Un numero di assenze superiore a 10 ore per la parte teorica comporta l'esclusione dal corso.

È richiesto, ai fini dell'ammissione alla valutazione finale, il recupero delle ore di tirocinio pratico non effettuate nel limite massimo di 30 ore complessive. La partecipazione a detto corso formativo non comporta alcun compenso, neanche sotto forma di borsa di studio.

**Art. 5**  
**(Valutazione finale)**

Il corso si conclude con un giudizio di idoneità o non idoneità che viene espresso da una apposita commissione aziendale, a seguito di una prova consistente in un colloquio (strutturato anche sulla base del profilo valutativo di ciascun candidato) al quale sono ammessi coloro che hanno frequentato il corso per il numero di ore previsto e che abbiano superato positivamente le singole fasi del percorso formativo.

Il Direttore del Corso, ai fini della presentazione del candidato alla valutazione finale, predispone un profilo valutativo generale, desunto anche dai singoli giudizi favorevoli espressi dai medici "animatori" per ogni singola fase di corso.

Al candidato risultato idoneo viene rilasciato un apposito attestato.

Il candidato valutato non idoneo può ripetere il corso una sola volta.

**Art. 6**  
**(Domanda di ammissione)**

Coloro che intendono partecipare al corso di formazione di cui al presente bando, devono inviare domanda in carta semplice, a mezzo raccomandata A.R., indirizzata:

Al Direttore Generale della ASL FG -  
U.O. PERSONALE CONVENZIONATO  
– UFFICIO DI EMERGENZA  
SANITARIA TERRITORIALE “  
SERVIZIO 118” Via M. Protano, 13 –  
71121 FOGGIA

come da fac-simile allegato, oppure  
tramite PEC all'indirizzo

**u.o.convenzioni@mailcert.aslfg.it**

a pena di esclusione entro e non  
oltre 15 (quindici) giorni a decorrere  
dal giorno successivo a quello di  
pubblicazione del presente bando sul  
B.U.R.P.

La domanda non deve essere autenticata e deve essere corredata da fotocopia di un valido documento di riconoscimento.

**Art. 7**  
**(Incompatibilità alla frequenza del corso)**

Non possono partecipare al corso:

- i medici tirocinanti del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale;
- i medici frequentanti un corso di specializzazione.

**Art. 8**  
**(Termine di presentazione delle domande)**

La domanda di partecipazione al corso deve pervenire a questa azienda entro il termine perentorio di 15 giorni, a pena di esclusione, a decorrere dal giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente bando sul BURP.

Si intendono prodotte in tempo utile le domande inoltrate entro il termine stabilito per la presentazione. Per le raccomandate, farà fede il timbro e la data dell'ufficio postale.

**Art. 9**  
**(Quota di iscrizione)**

È prevista una quota di iscrizione a copertura delle spese di organizzazione e gestione del corso, comprensiva delle quote per la certificazione dei corsi dell'area dell'emergenza effettuati nelle esercitazioni (BLS-D, PBLIS-D, ALS ecc.). Tale quota ammonta ad € 1.000,00 (mille,00) di cui € 500,00 (cinquecento,00) restituibili in caso di assunzione presso la stessa ASL FG.

La quota prevista dovrà essere versata, pena decadenza, in un'unica soluzione, entro e non oltre 7 giorni dalla pubblicazione della Deliberazione di approvazione della graduatoria sul sito internet della ASL FG con le seguenti modalità: bonifico sul conto: **BANCA POPOLARE DI MILANO– Codice IBAN: IT84I0503415703000000014001 - causale: iscrizione al corso di Formazione SET 118 anno 2019**, entro lo stesso termine perentorio, dovrà essere inviata copia della ricevuta del suddetto bonifico al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata: **u.o.convenzioni@mailcert.aslfg.it**

Sarà cura del medico interessato ed inserito nella graduatoria rispettare il termine di n.7 giorni sopraindicati. La pubblicazione della Deliberazione di approvazione della graduatoria all'Albo Pretorio e della graduatoria sul sito aziendale vale come notifica a tutti gli effetti ed ha valore di pubblicità legale; da quel momento decorre il termine perentorio dei suddetti 7 giorni.

**Art. 10**  
**(trattamento dei dati personali)**

Ai sensi dell'art.13 del D.Lgs n.196/03 e dell'art. 13 GDPR 679/16, i dati personali forniti dai candidati, saranno raccolti presso l'Area Gestione del Personale – Ufficio Convenzioni della ASL FG, Via M. Protano, 13, 71121 Foggia (FG), per le finalità di gestione dell'avviso.

Il titolare del trattamento è la ASL FG.

**Art. 11**  
**(Norma finale)**

Con successivo atto sarà definito il calendario delle attività formative, le procedure organizzative ed i criteri necessari al corretto svolgimento del corso, secondo le disposizioni nazionali e regionali vigenti.

**Vito Piazzolla**  
**Direttore Generale**

**Al Direttore Generale  
ASL FG  
VIA M. PROTANO, 13  
71121 FOGGIA (FG)**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE PER IL CONSEGUIMENTO DELL'ATTESTATO DI IDONEITA' PER L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (118)**

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa. .... ,  
presa visione del bando pubblico pubblicato sul B.U.R.P. n..... del.....

**Chiede**

- Di essere ammesso/a al Corso di Formazione per il conseguimento dell'attestato di idoneità per l'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale.

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, dichiara:

- a) di essere nato/a a.....il.....  
cod. fiscale.....
- b) di risiedere nel comune di ..... CAP.....  
via .....n.....  
recapito telefonico.....  
indirizzo di posta elettronica.....
- c) di essersi laureato/a presso .....  
in data ..... Con voto ...../.....
- d) di essere titolare di incarico nel servizio di Continuità Assistenziale della ASL FG dal  
;
- e) di essere titolare di incarico nel servizio di Continuità Assistenziale di AA.SS.LL.  
limitrofe..... dal.....;
- f) di essere titolare di incarico nel servizio di Continuità Assistenziale di AA.SS.LL. della  
Regione Puglia..... dal.....;
- g) di essere iscritto nella graduatoria regionale di Medicina Generale vigente anno 2018,  
alla posizione n..... con punti ..... e con residenza nella ASL FG;
- h) di essere in possesso dell'attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale,  
conseguito nella Regione Puglia in data..... ;
- i) di essere laureato in medicina e chirurgia ed iscritto all'ordine dei medici della provincia  
di.....;

**(barrare la voce che interessa)**

Il/la sottoscritto/a si impegna a versare, in favore della ASL FG, la somma di € 1.000,00 (mille,00) quale quota di iscrizione, in caso di ammissione alla frequenza, di cui € 500,00 (cinquecento,00) restituibili in caso di assunzione presso la ASL FG.

Dichiara, inoltre, di:

non frequentare il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale;

non frequentare alcun Corso di specializzazione.

Dichiara, altresì, di accettare quanto previsto dal presente bando.

Il/la sottoscritto/a chiede che ogni comunicazione relativa all'avviso per il quale presenta l'istanza, sia effettuata al seguente indirizzo:

via/p.zza .....

comune.....

tel.....

Allega alla presente fotocopia di valido documento di riconoscimento.

Data..... firma.....

**“Ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell’art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), autorizzo la ASL FG al trattamento dei miei dati personali solo per finalità connesse al presente avviso pubblico, nel rispetto delle disposizioni vigenti”.**

(data) .....

Firma .....