

---

**Appalti – Bandi, Concorsi e Avvisi**

---

**Concorsi**

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. 519 del 16/04/2022 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)**

Sono istituiti n. 2 corsi di formazione per il conseguimento dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale (118).

Ciascuno di 20 medici appartenenti alle categorie individuate al successivo art.2.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.

Le domande dei medici di cui al sub-2 saranno prese in considerazione solo nel caso in cui non dovessero pervenire domande sufficienti a soddisfare il fabbisogno quantificato.

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.: 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 40 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 presieduta dal Direttore della Centrale Operativa 118 e da altri componenti nominati dallo stesso, consistente in un colloquio previo superamento delle prescritte propedeuticità (corsi in addestramenti simulati e frequenza alle lezioni frontali).

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 come da fac-simile allegato, 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

oppure tramite PEC all'indirizzo  
u.o.convenzioni@mailcert.aslfg.it

La firma sulla domanda non deve essere autenticata.

Deve essere allegato un documento di riconoscimento.

Sulla busta deve essere riportata la seguente dicitura:

"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"

### **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 la raccomandata, 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, PBL-S-D, ALS ecc.). Tale quota ammonta ad € 1.000,00 (mille/00).

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:IT8410503415703000000014001-causale: iscrizione al corso di Formazione SET 118 anno 2022**, 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.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Vito Piazzolla

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 2022,

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.....in data.....

(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.

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 .....