

**BANDO PUBBLICO PER MEDICI TUTORI NEI CORSI TRIENNALI DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE DELLA REGIONE ABRUZZO.**

**Art. 1 – Oggetto del bando**

E' indetto un bando pubblico per medici tutori nei corsi di formazione in medicina generale, ai fini dell'inserimento nell'elenco regionale, previa partecipazione ad un apposito corso di metodologie formative.

Il fabbisogno dei medici tutori è di 80 medici, 20 per ciascuna delle quattro aziende USL della Regione. I medici interessati dovranno presentare domanda esclusivamente per la provincia ove ha sede l'azienda U.S.L. con la quale è in atto la convenzione.

**Art. 2 – Requisiti per l'ammissione**

Possono presentare la domanda, ai fini dell'inserimento nell'elenco regionale dei medici tutor della formazione specifica in medicina generale, i medici in possesso dei seguenti requisiti:

- a) titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria presso un'azienda U.S.L. della Regione Abruzzo secondo l'A.C.N. vigente;
- b) convenzionamento con il S.S.N. da almeno 10 anni;
- c) possedere la titolarità di un numero di assistiti nella misura pari alla metà del massimale vigente;
- d) operare in uno studio professionale accreditato.

Qualora le domande pervenute per ogni singola azienda U.S.L. superi il numero dei posti messi a bando, si procederà alla formulazione di apposita graduatoria mediante la valutazione dei sotto elencati titoli:

- a) attività di docenza (minimo un seminario di 4 ore) svolta nei corsi di formazione specifica in medicina generale: **punti 1 – massimo 3 punti;**
- b) attività di tutor ai medici che effettuano il tirocinio pratico pre-abilitazione professionale (DM n. 445 del 19/10/01): **punti 1 per ciascun tirocinio - massimo 3 punti;**
- c) attività di tutor per gli studenti del corso di laurea in Medicina e Chirurgia: **punti 1 per ciascun tirocinante massimo 3 punti;**
- d) attività di animatore di formazione: **punti 1;**
- e) di aver conseguito il diploma di medico di medicina generale a seguito di partecipazione al corso di formazione specifica in medicina generale: **punti 2;**
- f) la frequenza di almeno un corso, della durata minima di 16 ore, sulle metodologie della didattica tutoriale: **punti 1;**

**Art. 3 - Domanda di inserimento**

1. La domanda di partecipazione, redatta in carta semplice secondo lo schema allegato al presente bando, deve essere inviata per PEC al Dipartimento Sanità – Servizio Risorse Umane del SSR, indirizzo PEC: dpf004@pec.regione.abruzzo.it **entro il termine perentorio di 15 giorni a decorrere dal giorno successivo dalla data di pubblicazione del presente bando sul BURA;**

2. Non sono ammessi coloro che hanno spedito la domanda oltre il termine di scadenza sopra indicato.

#### **Art. 4 Graduatoria**

1. In base al punteggio assegnato a ciascun candidato si procede alla formulazione della graduatoria.
2. In caso di parità di punteggio, ha diritto di preferenza chi ha minore età.
3. Dell'inserimento in graduatoria viene data comunicazione agli interessati a mezzo di pubblicazione della graduatoria stessa nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.
4. In conformità alle risultanze della graduatoria e nei limiti del numero prefissato all'articolo 1 del presente bando i candidati saranno ammessi alla frequenza del corso di formazione;

#### **Art. 5 Corso di formazione**

1. Ai candidati utilmente collocati in graduatoria, nel limite delle disponibilità provinciali, saranno comunicate dall'Agenzia Sanitaria Regionale le date del corso di formazione;
2. *L'Agenzia Sanitaria Regionale organizzerà il relativo corso indirizzato a 80 partecipanti;*
3. *La presenza sarà rilevata dalle firme in entrata e in uscita dal foglio di presenza;*
4. *I candidati che hanno frequentato il 90% del monte ore previste dal corso (18 ore), corrispondente a 16 ore e 12 minuti, saranno ammessi al test di verifica finale.*
5. I medici che avranno superato il test di verifica finale saranno iscritti nell'elenco regionale dei tutor per il corso di formazione specifica in medicina generale che sarà approvato dalla Giunta Regionale.

**Domanda per l'inserimento nell'elenco regionale dei medici tutor nella formazione specifica in medicina generale.**

PEC

**Dipartimento Sanità  
Servizio Risorse Umane del SSR  
Via Conte di Ruvo N°74  
65127 Pescara  
[dpf004@pec.regione.abruzzo.it](mailto:dpf004@pec.regione.abruzzo.it)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Medico di Medicina Generale  
(Cognome e Nome)

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00, ai sensi degli artt. 46 e 47 dello stesso Decreto,

dichiara di essere

nato/a \_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
(provincia di \_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_,  
telefono/cellulare \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

di essere ammesso al corso di formazione ai fini dell'inserimento nell'elenco regionale dei medici tutori per il corso di formazione specifica in medicina generale della Regione Abruzzo con riferimento alla USL di \_\_\_\_\_ e, a tal fine

**DICHIARA**

1. di essere convenzionato con il S.S.N. da anni: \_\_\_\_\_;
2. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria presso l'azienda USL di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;  
(giorno/mese/anno)
3. di aver conseguito il diploma di medico di medicina generale a seguito di partecipazione al corso di formazione specifica in medicina generale \_\_\_\_\_ (indicare il biennio/triennio di formazione) nella Regione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa);
4. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria presso l'azienda:  
USL di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
USL di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
USL di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
5. di avere n. \_\_\_\_\_ scelte di assistiti;
6. di svolgere l'attività convenzionale presso lo studio medico professionale accreditato al seguente indirizzo:  
\_\_\_\_\_

ed inoltre (barrare la casella di interesse):

7. l'attività di docenza (della durata minima di 4 ore) nei corsi di formazione specifica in medicina generale:  
 SI – annualità \_\_\_\_\_

NO

8. l'attività di medico tutor:

nell'ambito del tirocinio pratico pre-abilitazione professionale (D.M. n. 445 del 19/10/01)

Cognome e Nome medico tirocinante \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

Cognome e Nome medico tirocinante \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

Cognome e Nome medico tirocinante \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

per gli studenti del corso di laurea in Medicina e Chirurgia

Cognome e Nome tirocinante \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

Cognome e Nome tirocinante \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

Cognome e Nome tirocinante \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

9. l'attività di animatore di formazione:

SI, presso l'azienda USL di \_\_\_\_\_

NO

10. la frequenza di almeno un corso, della durata minima di 16 ore, sulle metodologie della didattica tutoriale<sup>1</sup> organizzato da:

Ordine dei medici della Provincia di \_\_\_\_\_

Società Scientifica di medicina generale: \_\_\_\_\_

Ente formativo per la medicina generale: \_\_\_\_\_

USL: \_\_\_\_\_

Altro: \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di \_\_\_\_\_ ore.

Dichiara di accettare tutte le disposizioni del presente bando di concorso e di eleggere, per ogni comunicazione, preciso recapito al seguente indirizzo (indicare anche il recapito telefonico/cellulare):

città \_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_) in via/Piazza \_\_\_\_\_

n. civico \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_,

e-mail \_\_\_\_\_, pec \_\_\_\_\_.

impegnandosi a comunicare eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'Amministrazione regionale non si assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Dichiara di essere a conoscenza della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 autorizza la Regione Abruzzo al trattamento dei dati personali forniti per le sole finalità di gestione della procedura di selezione e dell'ammissione al corso. I dati personali forniti saranno raccolti e custoditi presso la Regione Abruzzo.

Data \_\_\_\_\_

Firma<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Si invita il medico ad allegare copia fotostatica della documentazione relativa al corso.

<sup>2</sup> La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un valido documento di identità del sottoscrittore (art. 38 del DPR 445/00)