



BOLLETTINO UFFICIALE

1° SUPPLEMENTO ORDINARIO n. 45
DEL 30 DICEMBRE 2021
AL BOLLETTINO UFFICIALE n. 52
DEL 29 DICEMBRE 2021

S O 4 5

Il “Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia” si pubblica di regola il mercoledì; nel caso di festività la pubblicazione avviene il primo giorno feriale successivo. La suddivisione in parti, l’individuazione degli atti oggetto di pubblicazione, le modalità e i termini delle richieste di inserzione e delle successive pubblicazioni sono contenuti nelle norme regolamentari emanate con DPR n. 052/Pres. del 21 marzo 2016, pubblicato sul BUR n. 14 del 6 aprile 2016. Dal 1° gennaio 2010 il Bollettino Ufficiale viene pubblicato esclusivamente in forma digitale, con modalità che garantiscono l’autenticità e l’integrità degli atti assumendo a tutti gli effetti valore legale (art. 32, L n. 69/2009).



Sommario Parte Prima Leggi, regolamenti e atti della Regione

Decreto del Direttore del Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera 24 dicembre 2021, n. 3508

Approvazione ulteriore avviso per l'assegnazione di incarichi vacanti di medici di medicina generale di assistenza primaria e di continuità assistenziale relativi all'anno 2021 - Pubblicazione straordinaria 2021.

pag. **2**

Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità - Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera - Trieste

Elenchi degli ambiti territoriali carenti di medici pediatri di libera scelta per l'anno 2021. Pubblicazione straordinaria.

pag. **61**



Parte Prima Leggi, regolamenti e atti della Regione

21_SO45_1_DDS_ASS OSP_3508_1_TESTO

Decreto del Direttore del Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera 24 dicembre 2021, n. 3508

Approvazione ulteriore avviso per l'assegnazione di incarichi vacanti di medici di medicina generale di assistenza primaria e di continuità assistenziale relativi all'anno 2021 - Pubblicazione straordinaria 2021.

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO

VISTO il Regolamento di organizzazione dell'Amministrazione regionale e degli enti regionali, di cui al D.P.Reg. 27 agosto 2004, n. 0277/Pres. e successive modifiche;

VISTA la D.G.R. n. 342 dd. 6/3/2020, di nomina del dott. Alfredo Perulli a Direttore di Servizio Assistenza Distrettuale e Ospedaliera della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità;

VISTI gli articoli 34 e 63 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, come modificati dall'ACN del 21.6.2018 e integrati dall'ACN del 18.6.2020 (di seguito in breve ACN), i quali recano i criteri, le modalità e le procedure per l'assegnazione degli incarichi vacanti di assistenza primaria e di continuità assistenziale;

VISTI altresì gli articoli 34, comma 25 e 63, comma 24 dell'ACN i quali prevedono che per impreviste vacanze di incarichi o per sopravvenute esigenze straordinarie la Regione, o il soggetto da questa individuato, successivamente alla conclusione delle procedure di cui ai commi rispettivamente 1 e 17, 17-bis e 17-ter per l'assistenza primaria e 1 e 15, 15-bis e 15-ter, per la continuità assistenziale, può procedere in corso d'anno, alla pubblicazione di ulteriori avvisi secondo i termini, i criteri e le modalità determinati nel presente articolo;

VISTO l'AIR della medicina generale per l'applicazione dell'art.34, comma 1 dell'ACN, sottoscritto in data 4.10.2021 e approvato con DGR n. 1552 del 15 ottobre 2021;

DATO ATTO che per l'assegnazione degli incarichi vacanti si utilizza la graduatoria regionale per la medicina generale valevole per il 2021;

PRESO ATTO delle note di richiesta pervenute da parte delle tre Aziende Sanitarie, conservate agli atti, e di quanto dichiarato dalle stesse nelle medesime, in data 23 dicembre 2021, ai sensi dell'art. 34, comma 25 per l'assistenza primaria e dell'art. 63, comma 24 per la continuità assistenziale, inerenti la pubblicazione di un ulteriore avviso di incarichi vacanti individuati dalle Aziende sanitarie, determinatisi per impreviste vacanze di incarichi o per sopravvenute esigenze straordinarie, elencati negli allegati 1 e 2 parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO, pertanto, di approvare l'ulteriore avviso relativo all'assegnazione degli incarichi vacanti di medici di medicina generale di assistenza primaria e di continuità assistenziale relativi all'anno 2021 - pubblicazione straordinaria 2021;

PRECISATO che la domanda dev'essere presentata nei termini e con le modalità dell'avviso dai medici interessati nel termine perentorio di 20 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R dell'avviso medesimo;

PRECISATO, altresì, che l'avviso in parola rimane comunque soggetto a qualsiasi futura diversa disposizione, anche contrattuale, o provvedimento, anche giurisdizionale, che dovesse eventualmente intervenire successivamente alla sua pubblicazione, per cui l'Amministrazione si riserva l'eventuale revoca, modifica e/o sospensione delle procedure di cui all'avviso medesimo.

DECRETA

È approvato l'ulteriore avviso relativo all'assegnazione degli incarichi vacanti di medici di medicina generale di assistenza primaria e di continuità assistenziale relativi all'anno 2021 - pubblicazione straordinaria 2021, con uniti elenchi degli incarichi vacanti e relativi modelli di domanda, allegati al presente provvedimento di cui costituiscono parte integrante.

La domanda dev'essere presentata nei termini e con le modalità dell'avviso sub 1 dai medici interessati nel termine perentorio di 20 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R dell'avviso medesimo.

L'avviso in parola rimane comunque soggetto a qualsiasi futura diversa disposizione, anche contrattuale, o provvedimento, anche giurisdizionale, che dovesse eventualmente intervenire successivamente alla sua pubblicazione, per cui l'Amministrazione si riserva l'eventuale revoca, modifica e/o sospensione delle procedure di cui all'avviso medesimo.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia.

Trieste, 24 dicembre 2021

PERULLI

DIREZIONE CENTRALE SALUTE, POLITICHE SOCIALI E DISABILITA'**AVVISO**

INCARICHI VACANTI DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE DI ASSISTENZA PRIMARIA E DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE PRESSO LE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA RELATIVI ALL'ANNO 2021 – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2021

(Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale – articoli 34, comma 25 e 63, comma 24 come modificati dall'ACN 21.6.2018 e integrati dall'ACN 18.6.2020 – di seguito ACN)

Si provvede alla pubblicazione straordinaria per l'annualità 2021 degli elenchi degli **incarichi vacanti** di medici di medicina generale di assistenza primaria e di continuità assistenziale, come individuati dalle competenti Aziende sanitarie, determinatisi per impreviste vacanze di incarichi o per sopravvenute esigenze straordinarie, da assegnare secondo le procedure previste dagli articoli 34 e 63 dell'ACN e dall'AIR della medicina generale per l'applicazione dell'art.34, comma 1 dell'ACN, sottoscritto in data 4.10.2021 e approvato con DGR n. 1552 del 15 ottobre 2021.

A) ULTERIORI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE PER L'ASSISTENZA PRIMARIA**Art. 1****Ambiti carenti**

1. Gli ambiti territoriali carenti disponibili, come comunicati dalle Aziende sanitarie, sono riportati nello specifico elenco allegato (**allegato 1**).

Art. 2**Requisiti di partecipazione**

1. Possono concorrere per l'assegnazione degli ulteriori incarichi di assistenza primaria di cui allo specifico elenco costituente **allegato 1**:
 - a) i medici già titolari di un incarico a tempo indeterminato nell'assistenza primaria, iscritti da almeno due anni in un elenco della Regione che pubblica l'avviso e quelli iscritti da almeno quattro anni in un elenco di altra Regione, che al momento dell'attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del S.S.N., eccezion fatta per attività di continuità assistenziale (art. 34, comma 5, lett. a), dell'ACN - procedura del TRASFERIMENTO);
 - b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso, ossia valida per l'anno 2021 (art. 34, comma 5, lett. b), dell'ACN);
 - c) i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2021 (la data di riferimento è il 31/1/2020), autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di assegnazione degli incarichi vacanti di cui al presente avviso (art. 34, comma 5, lett. c), dell'ACN);
 - d) i medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale presso la Regione Friuli Venezia Giulia, ai sensi dell'art. 34, commi 17-bis e 17-ter come novellati dall'ACN 18.6.2020, verranno interpellati successivamente qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 34, comma 5 dell'ACN uno o più ambiti territoriali di assistenza primaria rimarranno vacanti.

Art. 3**Criteri per l'assegnazione degli incarichi**

1. L'assegnazione degli incarichi seguirà il seguente ordine di assegnazione:

- medici di cui al precedente art. 2, comma 1, lettera a);
- medici di cui al precedente art. 2, comma 1, lettera b);
- medici di cui al precedente art. 2, comma 1, lettera c);
- medici di cui al precedente art. 2, comma 1, lettera d);

2. ***i medici di cui all'art. 2, comma 1, lett. a) – trasferimento*** – I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti complessivamente disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano all'unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento.

Per l'assegnazione di tali incarichi i medici sono graduati in base all'anzianità d'incarico a tempo indeterminato di medico di assistenza primaria, detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico di cui all'articolo 18, comma 1, secondo quanto stabilito dall'art. 34, comma 7, dell'A.C.N.

I requisiti di anzianità devono essere posseduti al termine ultimo di scadenza della presentazione della domanda, previsto nell'avviso.

In caso di pari posizione in graduatoria, i medici sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, ai sensi dell'art. 34, comma 10, dell'A.C.N.

3. ***i medici di cui all'art. 2, comma 1, lett. b) – graduatoria*** – sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- punteggio riportato nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2021;
- punti 5 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che abbiano mantenuto tale requisito fino al conferimento dell'incarico;
- punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che abbiano mantenuto tale requisito fino al conferimento dell'incarico.

In caso di pari posizione in graduatoria, i medici sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

Per l'assegnazione degli incarichi le Regioni riservano una percentuale, calcolata sul numero complessivo di incarichi a livello regionale:

- a) 80% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;
- b) 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale.

Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande, incarichi spettanti ad una delle riserve di cui al comma precedente, gli stessi vengono assegnati all'altra.

Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi possono concorrere esclusivamente per una delle riserve e pertanto dichiarano nella domanda la riserva per la quale intendono concorrere.

4. ***i medici di cui all'art. 2, comma 1, lett. c) – con il diploma di formazione specifica in medicina generale acquisito successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2021 (data di riferimento 31/1/2020)*** – sono **graduati** nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, nell'Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

5. *i medici di cui all'art. 9, comma 1, del DL 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12 e in SUBORDINE i medici di cui all'art. 12, comma 3, del DL 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60– iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia – L'interpello seguirà il seguente ordine:*

- medici frequentanti la terza annualità di frequenza del corso;
- medici frequentanti la seconda annualità di frequenza del corso;
- medici frequentanti la prima annualità di frequenza del corso.

a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso (n.b. per coloro che sono entrati al corso in via di scorrimento della graduatoria si intende la data di inizio della frequenza).

A parità di annualità di frequenza in ciascuna categoria, i medici sono ordinati in base ai seguenti criteri:

- minore età al conseguimento del diploma di laurea;
- voto di laurea;
- anzianità di laurea;

con priorità di interpello per i medici residenti nell'ambito carente, nell'Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

B) INCARICHI VACANTI DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Art. 1

Incarichi disponibili

1. Gli incarichi vacanti disponibili, come comunicati dalle Aziende sanitarie, sono riportati nello specifico elenco allegato (**allegato 2**).

Art. 2

Requisiti di partecipazione

1. Possono concorrere per l'assegnazione degli incarichi di continuità assistenziale di cui allo specifico elenco costituente **allegato 2**:
 - a) i medici già titolari di un incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale da almeno due anni in un'Azienda della Regione che pubblica l'avviso e quelli titolari in un'Azienda di altra Regione da almeno tre anni, che al momento dell'attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del S.S.N., eccezion fatta per i medici titolari di incarico di assistenza primaria con un carico inferiore a 650 assistiti (art. 63, comma 3, lett. a), dell'ACN - procedura del TRASFERIMENTO);
 - b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso, ossia valida per l'anno 2021 (art. 63, comma 3, lett. b), dell'ACN);
 - c) i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2021 (data di riferimento 31/1/2020), autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di assegnazione degli incarichi vacanti di cui al presente avviso (art. 63, comma 3, lett. c), dell'ACN);
 - d) i medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale presso la Regione Friuli Venezia Giulia, ai sensi dell'art. 63, commi 15-bis e 15-ter come novellato dall'ACN 18.6.2020, verranno interpellati successivamente qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 63, comma 3 dell'ACN, uno o più incarichi di continuità assistenziale rimarranno vacanti.

Art. 3
Criteria per l'assegnazione degli incarichi

1. L'assegnazione degli incarichi seguirà il seguente ordine di assegnazione:

- i medici di cui al precedente art. 2, comma 1, lettera a);
- i medici di cui al precedente art. 2, comma 1, lettera b);
- i medici di cui al precedente art. 2, comma 1, lettera c);
- i medici di cui al precedente art. 2, comma 1, lettera d);

2. ***i medici di cui all'art. 2, comma 1, lett. a) – trasferimento*** – I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza della metà degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionari ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano all'unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento.

Per l'assegnazione di tali incarichi i medici sono graduati in base all'anzianità d'incarico a tempo indeterminato di medico di continuità assistenziale, detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico di cui all'articolo 18, comma 1, secondo quanto stabilito dall'art. 63, comma 5, dell'A.C.N.

I requisiti di anzianità devono essere posseduti al termine ultimo di scadenza della presentazione della domanda, previsto nell'avviso.

In caso di pari posizione in graduatoria, i medici sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, ai sensi dell'art. 63, comma 8, dell'A.C.N.

3. ***i medici di cui all'art. 2, comma 1, lett. b) – graduatoria*** – sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- punteggio riportato nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2021;
- punti 5 a coloro che nell'ambito dell'Azienda, nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che abbiano mantenuto tale requisito fino al conferimento dell'incarico;
- punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che abbiano mantenuto tale requisito fino al conferimento dell'incarico.

In caso di pari posizione in graduatoria, i medici sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

Per l'assegnazione degli incarichi le Regioni riservano una percentuale, calcolata sul numero complessivo di incarichi a livello regionale:

- a) 80% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;
- b) 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale.

Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande, incarichi spettanti ad una delle riserve di cui al comma precedente, gli stessi vengono assegnati all'altra.

Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi possono concorrere esclusivamente per una delle riserve e pertanto dichiarano nella domanda la riserva per la quale intendono concorrere.

4. ***i medici di cui all'art. 2, comma 1, lett. c) – con il diploma di formazione specifica in medicina generale acquisito successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2021 (data di riferimento 31/1/2020)*** – sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

5. *i medici di cui all'art. 9, comma 1, del DL 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12 e in SUBORDINE i medici di cui all'art. 12, comma 3, del DL 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60– iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia L'interpello seguirà il seguente ordine:*

- medici frequentanti la terza annualità di frequenza del corso;
- medici frequentanti la seconda annualità di frequenza del corso;
- medici frequentanti la prima annualità di frequenza del corso.

a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso (n.b. per coloro che sono entrati al corso in via di scorrimento della graduatoria si intende la data di inizio della frequenza).

A parità di annualità di frequenza in ciascuna categoria, i medici sono ordinati in base ai seguenti criteri:

- minore età al conseguimento del diploma di laurea;
- voto di laurea;
- anzianità di laurea;

con priorità di interpello per i medici residenti nel territorio aziendale, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

C) MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE E ALTRE DISPOSIZIONI PER L'ASSISTENZA PRIMARIA E PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Art. 1

Termini e presentazione della domanda

1. I medici interessati all'assegnazione di un incarico vacante di cui al presente avviso presentano apposita domanda redatta secondo gli schemi costituenti i seguenti allegati:

➤ ASSISTENZA PRIMARIA

- **all. 3:** schema di domanda per trasferimento – medici di cui al paragrafo A, art. 2, comma 1, lettera a);
- **all. 4:** schema di domanda per graduatoria – medici di cui al paragrafo A, art. 2, comma 1, lettera b);
- **all. 5:** schema di domanda per i medici con il diploma di formazione specifica in medicina generale acquisito successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2021 – medici di cui al paragrafo A, art. 2, comma 1, lettera c);
- **all. 6:** schema di domanda per iscritti al corso di formazione - medici di cui al paragrafo A, art. 3, comma 1, lettera a) e b) (*medici di cui all'art. 9, comma 1, del DL 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12 e medici di cui all'art. 12, comma 3, del DL 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60*);

➤ CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

- **all. 7:** schema di domanda per trasferimento – medici di cui al paragrafo B, art. 2, comma 1, lettera a);
- **all. 8:** schema di domanda per graduatoria – medici di cui al paragrafo B, art. 2, comma 1, lettera b);
- **all. 9:** schema di domanda i medici con il diploma di formazione specifica in medicina generale acquisito successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2021 – medici di cui al paragrafo B, art. 2, comma 1, lettera c);
- **all. 10:** schema di domanda per iscritti al corso di formazione - medici di cui al paragrafo B, art. 3, comma 1, lettera a) e b) (*medici di cui all'art. 9, comma 1, del DL 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12 e medici di cui all'art. 12, comma 3, del DL 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60*);

2. La domanda va presentata **entro e non oltre il termine perentorio di 20 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R. del presente avviso:**

- per trasferimento: **ALL'AZIENDA SANITARIA TERRITORIALMENTE COMPETENTE.**

➤ per graduatoria, per i medici con il diploma di formazione specifica in medicina generale acquisito successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2021 e per i medici di cui all'art. 9, comma 1, del DL 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12 e in SUBORDINE i medici di cui all'art. 12, comma 3, del DL 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60– iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia **ALLA DIREZIONE CENTRALE SALUTE POLITICHE SOCIALI E DISABILITÀ.**

3. Alla domanda va applicata una marca da bollo da euro 16,00, debitamente annullata.
4. La domanda – **a pena di esclusione – è sottoscritta** dal candidato. Sempre **a pena di esclusione alla domanda va allegata copia di un documento di identità** in corso di validità (fronte-retro).
5. In considerazione delle attuali misure restrittive dettate dal Governo rispetto alla circolazione delle persone, legate all'emergenza sanitaria COVID-19, la domanda va presentata, entro il suddetto termine perentorio, esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata (PEC) personale dell'interessato all'indirizzo PEC:
- **dell'Azienda sanitaria territorialmente competente** (*domanda per trasferimento*)
 - asugi@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI)
 - asufc@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC)
 - asfo.protgen@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO)
 - **della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità** salute@certregione.fvg.it (*domanda per graduatoria, per i medici con il diploma di formazione specifica in medicina generale acquisito successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2021 e per i medici di cui all'art. 9, comma 1, del DL 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12 e in SUBORDINE i medici di cui all'art. 12, comma 3, del DL 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60– iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia*)

Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura:

- “domanda incarichi vacanti di assistenza primaria 2021 – pubblicazione straordinaria 2021”;
- o
- “domanda incarichi vacanti di continuità assistenziale 2021 - pubblicazione straordinaria 2021”.

Ai fini dell'accertamento del rispetto del termine di scadenza, 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. Il termine ultimo di invio è fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso.

La domanda di partecipazione è sottoscritta con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure è sottoscritta manualmente, scannerizzata e presentata unitamente alla copia scannerizzata di un documento di identità. Tutte le scansioni sono in formato PDF.

6. La presentazione delle domande di partecipazione con qualsiasi modalità diversa da quella descritta al precedente comma 5 comporta l'esclusione dal presente procedimento di assegnazione di incarichi vacanti. Non è, pertanto, ritenuto valido e comporta l'esclusione l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria oppure da PEC non personale del candidato, anche se indirizzate alla PEC dell'Amministrazione competente.

7. Il candidato è tenuto a comunicare tempestivamente all'Amministrazione competente ogni eventuale cambiamento di recapito successivo alla presentazione della domanda per consentire il corretto invio delle comunicazioni inerenti al presente avviso.
8. L'Amministrazione competente non assume alcuna responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatta o illeggibile indicazione del recapito da parte del medico o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo o recapito indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali, telegrafici, del sistema informatico o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Art. 2

Criteria per la compilazione della domanda

1. Il candidato - **a pena di inammissibilità della domanda - è tenuto a indicare gli ambiti/incarichi vacanti per cui intende concorrere.** È sufficiente presentare una sola domanda per categoria nella quale sono indicati tutti gli ambiti/incarichi vacanti per cui si intende concorrere.
2. Il candidato rende le dichiarazioni previste nella domanda come autocertificazione ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole delle conseguenze derivanti dalle dichiarazioni mendaci (art. 75 e 76 del DPR medesimo).
3. L'Amministrazione si riserva di procedere in ogni tempo, anche successivamente all'accettazione dell'incarico, ad idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni e la sussistenza dei requisiti.
4. Ai sensi della normativa vigente in materia di autocertificazione le dichiarazioni devono essere complete e riportare gli elementi informativi necessari per l'effettuazione dei relativi controlli. Le domande vanno, quindi, necessariamente compilate in modo chiaro e leggibile in tutte le sue parti e i candidati sono tenuti a fornire correttamente i dati specificamente richiesti (per es. soggetti pubblici/aziende con denominazione e indirizzo - periodi con data di inizio/fine nella forma gg/mm/aa).
5. In particolare, vanno correttamente rese le dichiarazioni con riferimento alla residenza rilevante ai fini dell'attribuzione del punteggio. La mancata indicazione degli elementi necessari comporta l'impossibilità di valutazione. Qualora i periodi non siano correttamente indicati verranno valutati a partire dall'ultimo giorno utile del mese/anno indicati.
6. Non sono ammesse successive integrazioni delle domande già inviate e/o l'eventuale invio di correlati documenti o allegati in forma separata dalla domanda. Nel caso di invio di più domande si terrà conto soltanto dell'ultima domanda in ordine di arrivo purché pervenuta entro i termini.
7. I medici possono essere ammessi a regolarizzare unicamente eventuali imperfezioni formali nel caso in cui le dichiarazioni presentino irregolarità o omissioni, rilevabili d'ufficio, non costituenti falsità ai sensi dell'art. 71 del DPR n. 445/2000.
8. L'eventuale termine fissato per la regolarizzazione ha carattere di perentorietà. Il mancato perfezionamento in tutto o in parte della irregolarità rilevata e/o l'inosservanza del termine perentorio fissato comportano l'esclusione dalla procedura di cui al presente avviso.
9. Con la presentazione della domanda il candidato accetta tutte le prescrizioni del presente avviso e dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati.

Art. 3**Publicità e richiesta di informazioni**

1. Il presente avviso, unitamente ai suoi allegati, è pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e reso disponibile sul sito internet della Regione www.regione.fvg.it, nella voce di menù "La Regione", sezione "Bandi, concorsi, appalti", argomento "Bandi e avvisi".
2. Per informazioni è disponibile la e-mail: assistenza.salute@regione.fvg.it.

Art. 4**Graduatoria ed esclusioni predisposte dalla Regione**

1. Le graduatorie predisposte dalla Regione ai sensi del presente avviso sono pubblicate sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e rese disponibili sul sito internet come indicato al precedente art. 3, comma 1.
2. Fatto salvo quanto già specificato, l'**esclusione** dalle procedure di assegnazione di cui al presente avviso ha luogo nei seguenti casi:
 - domanda pervenuta fuori termine utile;
 - carenza di requisiti di partecipazione;
 - domanda inviata con modalità diverse da quelle specificate nel presente avviso ivi compreso l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria o l'utilizzo di PEC non personale del candidato;
 - mancata sottoscrizione autografa della domanda qualora non sia sottoscritta con firma digitale;
 - mancata trasmissione, congiuntamente alla domanda, di fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.
3. Non sono, altresì, accolte le domande:
 - prive dell'indicazione degli ambiti/incarichi per cui si intende concorrere;
 - incompleta delle generalità o dell'indirizzo dei candidati o assolutamente illeggibile.
4. Le esclusioni sono comunicate ai candidati mediante pubblicazione del provvedimento di adozione della graduatoria e/o tramite PEC.

Art. 5**Procedure di convocazione e di interpello inerenti alle domande presentate in Regione**

1. Ai sensi dell'art. 34, comma 18, e dell'art. 63, comma 16, dell'ACN, **la data, l'orario e la sede** di convocazione dei candidati è comunicata con un preavviso di 15 giorni **esclusivamente mediante pubblicazione sul sito internet** della Regione www.regione.fvg.it nella voce di menù "La Regione", sezione "Bandi, concorsi, appalti", argomento "Bandi e avvisi".
2. La **PUBBLICAZIONE DELLA CONVOCAZIONE** avverrà indicativamente nei 7 giorni successivi alla pubblicazione sul sito istituzionale della Regione delle graduatorie suddette alla pubblicazione sul sito istituzionale della Regione delle graduatorie suddette:
SI RACCOMANDA, QUINDI, AI CANDIDATI DI TENERE MONITORATO TALE SITO.
3. L'anzidetta pubblicazione vale quanto comunicazione personale ai singoli candidati, che pertanto dovranno presentarsi nella data, nell'orario e nella sede indicata muniti di valido documento di riconoscimento.
4. Ai sensi dell'art. 34, comma 20, e dell'art. 63, comma 18, dell'ACN, i candidati che non si presentano nel giorno, nell'ora e nella sede stabiliti in sede di convocazione secondo quanto previsto al precedente comma 1 sono considerati rinunciatari. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, mediante PEC unitamente alla fotocopia di un valido documento di identità, da far pervenire **due giorni prima** della data di convocazione, la propria disponibilità all'accettazione dell'incarico con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali abbia presentato domanda. L'assegnazione

degli incarichi avverrà secondo l'ordine di posizione nelle rispettive graduatorie, tenuto conto delle priorità espresse.

5. Analogamente si procederà anche per gli altri interpelli.
6. L'Amministrazione si riserva la facoltà di modificare tempi, luoghi e modalità della convocazione e dell'interpello previa informazione ai candidati esclusivamente mediante **pubblicazione sul sito internet della Regione** come indicato al precedente comma 1 e sempre con un preavviso di almeno 15 giorni.

Art. 6

Disposizioni finali

1. Per tutto quanto non espressamente previsto dal presente avviso si fa riferimento alle vigenti disposizioni contrattuali e alla vigente normativa in materia.
2. Il presente avviso resta comunque soggetto a qualsiasi futura diversa disposizione, anche contrattuale, o provvedimento, anche giurisdizionale, che dovesse eventualmente intervenire successivamente alla sua pubblicazione, per cui l'Amministrazione si riserva l'eventuale revoca/modifica/sospensione delle procedure di cui al presente avviso.

All. 1

DIREZIONE CENTRALE SALUTE, POLITICHE SOCIALI E DISABILITA'⁹

Aziende sanitarie della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

ELENCO DEGLI AMBITI TERRITORIALI DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE DI ASSISTENZA PRIMARIA PER L'ANNO 2021 – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2021 – ai sensi dell'art. 34 comma 25, ACN MMG e dell'AIR della medicina generale per l'applicazione dell'art.34, comma 1 dell'ACN, sottoscritto in data 4.10.2021 e approvato con DGR n. 1552 del 15 ottobre 2021.		
AZIENDE SANITARIE	AMBITI TERRITORIALI CARENTI	MEDICI
Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina via G. Sai, 1-3 34128 TRIESTE	Ambito territoriale del comune di Trieste * di cui n. 2 con decorrenza dal 1.1.2022 di cui n. 1 con decorrenza dal 12.1.2022 di cui n. 2 con decorrenza dal 1.2.2022 di cui n. 1 con decorrenza dal 9.3.2022	12*
	Ambito territoriale dei Comuni di Duino-Aurisina, Sgonico, Monrupino;	3
	Ambito territoriale del Comune di Muggia; * con decorrenza dal 16.2.2022	1*
	Ambito territoriale del Comune di Grado;	2
	Ambito territoriale dei Comuni di Gorizia, Mossa, San Floriano del Collio, Savogna d'Isonzo	3 (di cui n. 1 con vincolo di apertura ambulatorio nella frazione di Lucinico)
	Ambito territoriale dei comuni di Cormons, Dolegna del Collio, Capriva del Friuli, Mariano del Friuli, Medea, Moraro, San Lorenzo Isontino;	2
	Ambito territoriale dei comuni di Doberdò del Lago, Fogliano Redipuglia, Ronchi dei Legionari, San Canzian d'Isonzo, San Pier d'Isonzo, Turriaco e Sagrado; * di cui n. 1 con decorrenza dal 1.3.2022	3* (di cui n. 1 con vincolo di apertura ambulatorio nel comune di Sagrado)

All. 1

	Ambito territoriale dei comuni di Farra d'Isonzo, Gradisca d'Isonzo, Romans d'Isonzo e Villesse;	2
	Ambito territoriale dei comuni di Monfalcone e Staranzano; * di cui n. 1 con decorrenza dal 3.1.2022 di cui n. 1 con decorrenza dal 1.2.2022	4* (di cui uno con vincolo di apertura ambulatorio nel comune di Staranzano)
Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale Via Pozzuolo, 330 33100 UDINE	<u>AREA BASSA FRIULANA</u>	
	Ambito territoriale dei comuni di Aiello del Friuli, Campolongo-Tapogliano, Ruda, San Vito al Torre, Visco;	2 (di cui n.1 con vincolo di apertura ambulatorio ad Aiello del Friuli)
	Ambito territoriale del comune di Cervignano del Friuli	1
	Ambito territoriale dei Comuni di Aquileia, Fiumicello-Villa Vicentina, Terzo d'Aquileia;	1 (con vincolo di apertura ambulatorio ad Aquileia)
	Ambito territoriale dei Comuni di Carlino, Porpetto, San Giorgio di Nogaro, Torviscosa, Marano Lagunare;	1
	Ambito territoriale dei comuni di Palazzolo della Stella, Precenicco e Muzzana del Turgnano;	2 (di cui: - n. 1 con vincolo di apertura ambulatorio a Precenicco; - n.1 con vincolo di apertura ambulatorio a Palazzolo della Stella)
	Ambito territoriale dei comuni di Pocenia, Rivignano-Teor;	1 (con vincolo di apertura ambulatorio a Pocenia)
	<u>AREA ALTO FRIULI</u>	
	Ambito territoriale dei comuni di Basiliano, Bertiolo, Camino al Tagliamento, Castions di Strada, Codroipo, Lestizza, Mereto di Tomba, Mortegliano, Sedegliano, Talmassons, Varmo,	1 (con vincolo di apertura ambulatorio a Bertiolo)
	Ambito territoriale dei comuni di Amaro, Cavazzo Carnico, Tolmezzo, Verzegnis	1

All. 1

	Ambito territoriale dei comuni di Bordano, Chiusaforte, Dogna, Malborghetto – Valbruna, Moggio Udinese, Pontebba, Resia, Resiutta, Tarvisio, Trasaghis, Venzone;	1
	Ambito territoriale dei comuni di Ampezzo, Arta Terme, Comeglians, Cercivento, Enemonzo, Forni Avoltri, Forni di Sopra, Forni di Sotto, Lauco, Ovaro, Paluzza, Paularo, Prato Carnico, Preone, Ravaschetto, Raveo, Rigolato, Sauris, Socchieve, Sutrio, Villa Santina, Zuglio, Sappada, Treppo Ligosullo;	1 (con vincolo di apertura ambulatorio a Sappada;)
	Ambito territoriale dei comuni di Artegnana, Gemona del Friuli, Montenars,	1 (di cui: n. 1 con vincolo di apertura ambulatorio a Gemona;)
	Ambito territoriale dei comuni di Buia, Colloredo di Monte Albano; Coseano, Dignano, Fagagna, Flaibano, Majano, Moruzzo, Osoppo, Ragogna, Rive d'Arcano, San Daniele del Friuli, San Vito di Fagagna, Treppo grande, Forgaria nel Friuli;	3 (di cui: - n.1 con vincolo di apertura ambulatorio a San Daniele del Friuli; - n.1 con vincolo di apertura ambulatorio a Rive d'Arcano; - n.1 con vincolo di apertura ambulatorio a Dignano;)
<u>AREA FRIULI CENTRALE</u>		
	Ambito territoriale dei comuni di Tarcento, Lusevera, Magnano in Riviera, Nimis, Taipana	2
	Ambito territoriale del comune di Udine *di cui 1 con decorrenza dal 29.1.2022 di cui 1 con decorrenza dal 1.3.2022	6*
	Ambito territoriale dei comuni di Pagnacco, Tavagnacco;	1 (di cui: n. 1 con vincolo di apertura ambulatorio a Feletto (Tavagnacco);)
	Ambito territoriale dei comuni di Cividale, Moimacco, Prepotto, Torreano	1
	Ambito territoriale del comune di Remanzacco * di cui 1 con decorrenza dal 1.2.2022	2*
	Ambito territoriale dei comuni di Drenchia, Grimacco, Pulfero, San Leonardo, San Pietro al Natisone, Savogna e Stregna;	1

All. 1

Azienda sanitaria Friuli Occidentale Via della Vecchia Ceramica, 1 33170 PORDENONE	Ambito territoriale dei comuni di Andreis, Barcis, Cimolais, Claut, Erto e Casso, Montereale Valcellina;	1
	Ambito territoriale del Comune di Aviano;	1
	Ambito territoriale del Comune di Brugnera;	1
	Ambito territoriale dei comuni di Caneva, Polcenigo, Budoia;	1 (con vincolo di apertura ambulatorio a Polcenigo)
	Ambito territoriale del Comune di Cordenons;	1
	Ambito territoriale del Comune di Fontanafredda;	1
	Ambito territoriale del Comune di Porcia;	1
	Ambito territoriale del Comune di Pordenone;	1
	Ambito territoriale del Comune di Sacile; *di cui 1 con decorrenza dal 21.1.2022	3*
	Ambito territoriale dei comuni di Travesio, Sequals, Castelnovo del Friuli, Clauzetto, Pinzano al Tagliamento, Vito D'Asio;	1
	Ambito territoriale dei comuni di Chions e Pravisdomini	2
	Ambito territoriale dei Comuni di Cordovado, Morsano e Sesto al Reghena;	1 (con vincolo di apertura ambulatorio a Cordovado)
	Ambito territoriale dei Comuni di Spilimbergo e Vivaro; * di cui n. 1 con decorrenza dal 29.1.2022	3*
	Ambito territoriale del Comune di Maniago, Frisanco, Vajont;	1
Ambito territoriale del Comune di Zoppola;	1	

NB: I vincoli e le decorrenze* sono stati riportati così come da comunicazioni pervenute dalle Aziende sanitarie competenti nella gestione degli incarichi convenzionali.

AII. 2

DIREZIONE CENTRALE SALUTE, POLITICHE SOCIALI E DISABILITA'°

Aziende sanitarie della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

ELENCO DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE PER
L'ANNO 2021 – **PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2021.**
ai sensi dell'art. 63 comma 24, ACN MMG

AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA	INCARICHI VACANTI
Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina (ASUGI) via G. Sai, 1-3 34128 TRIESTE	41
Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASUFC) Via Pozzuolo, 330 33100 UDINE	72
Azienda sanitaria Friuli Occidentale (ASFO) Via della Vecchia Ceramica, 1 33170 PORDENONE	0

All.3

SCHEMA DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI MEDICI DI MEDICINA
 GENERALE PER L'ASSISTENZA PRIMARIA – **PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2021**
(per trasferimento)
 (comprensivo di dichiarazioni sostitutive)

Bollo
 € 16,00

All'Azienda

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____
 ai sensi dell'articolo 34, comma 5, lettera a), dell'A.C.N. 29.7.2009 per la disciplina dei rapporti con i medici di
 medicina generale, come modificato dall'A.C.N. 21.6.2018 e integrato dall'ACN 18.06.2020

chiede

di partecipare all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di medici di medicina generale per l'assistenza
 primaria e segnatamente per i seguenti ambiti (*in assenza di indicazioni la domanda è inammissibile*):

- 1) Ambito _____ Azienda _____
- 2) Ambito _____ Azienda _____
- 3) Ambito _____ Azienda _____
- 4) Ambito _____ Azienda _____
- 5) Ambito _____ Azienda _____
- 6) Ambito _____ Azienda _____
- 7) Ambito _____ Azienda _____
- 8) Ambito _____ Azienda _____
- 9) Ambito _____ Azienda _____
- 10) Ambito _____ Azienda _____

a tal fine ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, consapevole delle responsabilità
 amministrative e penali ivi previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza
 dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (artt.
 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 cit.)

dichiara quanto segue:

All.3

-di essere nato/a a _____ prov. () in data _____
-di risiedere a _____ prov. () CAP _____
via _____ n. ___ tel: ___/_____
indirizzo e mail _____
PEC _____
Codice fiscale _____

dichiara inoltre

-di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;

-di essere attualmente iscritto negli elenchi dei medici di medicina generale per l'assistenza primaria della Regione _____ Azienda _____ ambito territoriale _____ dal _____ (2)(3)

-di essere/non essere (1) stato iscritto, precedentemente al periodo sopraindicato, negli elenchi dei medici di medicina generale per l'assistenza primaria della Regione _____ Azienda _____ ambito territoriale _____ dal _____ al _____ (2)(3)
Azienda _____ ambito territoriale _____ dal _____ al _____ (2)(3)

-di essere/non essere (1) stato sospeso dall'incarico di assistenza primaria, ai sensi dell'art. 18, comma 1, dell'ACN, nei seguenti periodi:
dal _____ al _____ (2)
dal _____ al _____ (2)

-di avere/non avere (1) presentato domanda ad altre Aziende, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti (4)

Azienda _____
Azienda _____

-di svolgere/non svolgere (1) altra attività a qualsiasi titolo

Il/La sottoscritto/a dichiara di accettare le prescrizioni dell'avviso e di aver preso visione dell'informativa sul trattamento di dati personali.

Fatto salvo quanto specificatamente previsto nell'avviso, richiede che eventuali comunicazioni dirette inerenti alla presente domanda siano inoltrate presso:

- l'indirizzo pec _____
 la propria residenza
 il domicilio sotto indicato:

Comune _____ () CAP _____
via _____ Tel. ___/_____

In fede.

data _____

Firma _____

(leggere le avvertenze)

All.3

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 _____

D I C H I A R A

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.

Data _____ Firma _____

NOTE

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Ai sensi dell'art. 34, comma 7, dell'A.C.N., i medici sono graduati in base all'anzianità d'incarico a tempo indeterminato di medico di assistenza primaria, detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico di cui all'articolo 18, comma 1.

(3) qualora i periodi non siano correttamente indicati (giorno, mese e anno) verranno valutati a partire dall'ultimo giorno del mese/anno indicati.

(4) ove l'interessato abbia presentato domanda ad altre Aziende, indicare quali.

AVVERTENZE

Ferme restando le disposizioni del presente avviso relativo agli incarichi vacanti relativi all'anno 2021 di assistenza primaria e di continuità assistenziale nella Regione FVG – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2021, si ricorda:

- **a pena d'esclusione**, la presente domanda va sottoscritta e va allegata copia di un documento di identità in corso di validità (fronte-retro) in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non configura irregolarità formale sanabile;
- in base all'art. 15, della legge 12 novembre 2011, n. 183, "Le amministrazioni pubbliche e i gestori di pubblici servizi sono tenuti ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47, nonché di tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti, ovvero ad accettare la dichiarazione sostitutiva prodotta dall'interessato." Pertanto, il dichiarante **deve sempre indicare i dati informativi necessari**, affinché si possa provvedere agli adempimenti di cui all'art. 71 del precitato D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni;
- **il termine perentorio di presentazione della domanda è di 20 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.** dell'avviso in parola;
- In considerazione delle attuali misure restrittive dettate dal Governo rispetto alla circolazione delle persone, legate all'emergenza sanitaria COVID-19, la domanda va presentata, **entro il suddetto termine perentorio, esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata (PEC)** personale dell'interessato al seguente indirizzo PEC dell'Azienda sanitaria territorialmente competente:
 - asugi@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI)
 - asufc@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC)
 - asfo.protgen@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO)

Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura "domanda incarichi vacanti di assistenza primaria 2021- pubblicazione straordinaria 2021- (art.34, comma 5, lettera a), dell'ACN".

Ai fini dell'accertamento del rispetto dell'anzidetto termine, 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. Il termine ultimo di invio è fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso.

All.3

La domanda di partecipazione è sottoscritta con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure è sottoscritta manualmente, scannerizzata e presentata unitamente a copia scannerizzata di un documento di identità. Le scansioni sono in formato PDF.

Non è ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria oppure da PEC non personale, anche se indirizzate alla PEC dell'Azienda sanitaria territorialmente competente.

(parte da compilare da parte dell'Azienda sanitaria territorialmente competente)

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

1. Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda _____, rappresentata dal _____, via _____, cap. _____ provincia _____
e-mail: _____ PEC: _____
2. Responsabile della protezione dei dati (RDP) è il dott./dr.ssa _____, in qualità di direttore _____ per particolari funzioni, via _____, cap. _____ provincia _____,
e-mail: _____ PEC: _____
3. 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 (General Data Protection Regulation) l'Azienda, 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.
4. Il trattamento dei dati forniti dagli interessati o, comunque, assunti in fase istruttoria è funzionale agli adempimenti connessi, strumentali e conseguenti alle procedure di cui al presente avviso. Il loro conferimento è indispensabile per le attività di cui sopra. Il loro eventuale mancato conferimento, la loro inesatta o parziale comunicazione preclude l'attività di gestione delle procedure di assegnazione degli incarichi in parola.
5. Il trattamento dei dati è effettuato avvalendosi sia di mezzi informatici che cartacei protetti e non accessibili al pubblico.
6. I dati forniti possono essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche nazionali per finalità connesse all'espletamento delle procedure di cui al presente avviso e/o per assolvere, nell'ambito dell'istruttoria, a obblighi previsti dalla normativa vigente.
7. 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 all'Azienda competente.

All.4

SCHEMA DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI MEDICI DI MEDICINA
GENERALE PER L'ASSISTENZA PRIMARIA – **PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2021**

(per graduatoria)

(comprensivo di dichiarazioni sostitutive)



Alla Regione Autonoma
Friuli Venezia Giulia
Direzione centrale salute, politiche sociali e
disabilità
Riva Nazario Sauro, 8
34124 **TRIESTE**
PEC: salute@certregione.fvg.it

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

iscritto/a nella graduatoria regionale per i medici di medicina generale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, **valevole per l'anno 2021**, ai sensi dell'art. 34, comma 5, lettera b) dell'ACN 29.7.2009, come modificato dall'ACN 21.6.2018 e integrato dall'ACN 18.6.2020

chiede

di partecipare all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di medici di medicina generale per l'assistenza primaria e segnatamente per i seguenti ambiti (*in assenza di indicazione la domanda è inammissibile*):

- 1) Ambito _____ Azienda _____
- 2) Ambito _____ Azienda _____
- 3) Ambito _____ Azienda _____
- 4) Ambito _____ Azienda _____
- 5) Ambito _____ Azienda _____
- 6) Ambito _____ Azienda _____
- 7) Ambito _____ Azienda _____
- 8) Ambito _____ Azienda _____
- 9) Ambito _____ Azienda _____
- 10) Ambito _____ Azienda _____

Avvertenza:

Qualora lo spazio nei riquadri non fosse sufficiente l'interessato può completarne l'elencazione, utilizzando copia della stessa pagina che dovrà essere allegata e debitamente sottoscritta.

Agli effetti dell'articolo 34, commi 13, 14, 15, 16 dell'A.C.N. **chiede**, inoltre, di poter accedere alla seguente riserva di assegnazione (**barrare una sola casella** – *in assenza di indicazione la domanda non è valutabile*):

All.4

(N.B. la scelta tra le due percentuali vale soltanto per i medici che possiedono sia l'attestato di formazione specifica in medicina generale, sia il titolo ad esso equipollente)

riserva del 80% per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91, n. 368/99 e n. 277/2003

riserva del 20% per i medici in possesso del titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, consapevole delle responsabilità amministrative e penali ivi previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000 cit.)

dichiara quanto segue:

-di essere nato/a a _____ Prov. (____) in data _____

Codice fiscale _____

-di risiedere a _____ prov. (____) CAP _____

via _____ n. _____ dal _____ **(2)(4)** a tutt'oggi

tel: ____/____ indirizzo e-mail _____ pec _____

precedenti residenze **(3) (4)**:

dal _____ al _____ Comune di _____ prov. _____

dal _____ al _____ Comune di _____ prov. _____

dal _____ al _____ Comune di _____ prov. _____

-di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ conseguito in data _____ con voto _____;

-di essere/non essere in possesso **(1)** dell'attestato di formazione in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91, n. 368/99 e n. 277/2003, conseguito in data _____ Regione _____;

dichiara inoltre

1) di essere/non essere **(1)** titolare di un rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati:

Soggetto _____ ore settimanali _____

via _____ Comune di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

periodo: dal _____;

All.4

2) di essere /non essere **(1)** titolare di un incarico come medico di medicina generale ai sensi dell'ACN con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____;

3) di essere/non essere **(1)** titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'ACN con massimale di _____ scelte periodo dal _____;

4) di essere/non essere **(1)** titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
 Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5) di essere/non essere **(1)** iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni
 provincia _____ branca _____ periodo dal _____;

6) di essere/non essere **(1)** titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato **(1)**, nella Regione Friuli Venezia Giulia o in altra Regione:

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____
 in forma attiva/in forma di disponibilità **(1)**

7) di essere/non essere **(1)** iscritto al corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n. 256/91 o al corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n.257/91, n. 368/99 e n. 277/2003:

denominazione del corso _____
 soggetto pubblico che lo svolge _____ inizio dal _____;

8) di operare/non operare **(1)** a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Organismo _____
 via _____ Comune di _____ ore sett. _____
 tipo di attività _____
 tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal _____;

9) di operare/non operare **(1)** a qualsiasi titolo in strutture sanitarie private non convenzionate o non accreditate, soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo _____
 via _____ Comune di _____ ore sett. _____
 tipo di attività _____
 tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal _____;

10) di svolgere/non svolgere **(1)** funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____
 via _____ Comune di _____ periodo dal _____;

11) di svolgere/non svolgere **(1)** per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione, funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:

Azienda _____ Comune di _____ periodo dal _____;

12) di avere/non avere **(1)** qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

All.4

_____ periodo dal _____;

13) di essere/non essere **(1)** titolare o compartecipe di quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

14) di fruire/non fruire **(1)** del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale
periodo dal _____;

15) di svolgere/non svolgere **(1)** altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate
(indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)

periodo dal _____;

16) di essere/non essere **(1)** titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato (1):

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

periodo dal _____;

17) di operare/non operare **(1)** a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente già dichiarato relativamente ai rapporti di cui ai precedenti numeri 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 16):

Soggetto pubblico _____

via _____ comune _____

tipo di attività _____;

tipo di rapporto di lavoro _____

periodo dal _____;

18) di essere/non essere **(1)** titolare di trattamento di pensione a carico di:

periodo: dal _____;

19) di fruire/non fruire **(1)** del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____

periodo dal _____;

Il/La sottoscritto/a dichiara di accettare le prescrizioni dell'avviso e di aver preso visione dell'informativa sul trattamento di dati personali.

Fatto salvo quanto specificatamente previsto nell'avviso, richiede che eventuali comunicazioni dirette inerenti alla presente domanda siano inoltrate presso:

l'indirizzo pec _____

la propria residenza

All.4

 il domicilio sotto indicato:Comune _____ (_) CAP _____
via _____ Tel. _____/_____

In fede.

data _____

Firma _____

(leggere le avvertenze)**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 _____

D I C H I A R A

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.

Data _____

Firma _____

NOTE**(1)** Cancellare la parte che non interessa.**(2)** Ai sensi dell'art. 34, comma 8, lett. b), dell'A.C.N., verranno attribuiti 5 punti al medico residente, nello stesso ambito territoriale dichiarato carente e per il quale concorre, fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda d'inclusione nella graduatoria regionale (31.1.2020) e che tale requisito abbia mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico.**(3)** Ai sensi dell'art. 34, comma 8, lett. c), dell'A.C.N., verranno attribuiti 20 punti al medico residente nella Regione Friuli Venezia Giulia da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda d'inclusione nella graduatoria regionale (31.1.2020) e che tale requisito abbia mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico.**(4)** qualora i periodi non siano correttamente indicati (giorno, mese e anno) verranno valutati a partire dall'ultimo giorno del mese/anno indicati.**AVVERTENZE****Ferme restando le disposizioni del presente avviso relativo agli incarichi vacanti di medici di medicina generale di assistenza primaria e di continuità assistenziale relativi all'anno 2021 nella Regione FVG – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2021, si ricorda:**

- **a pena d'esclusione**, la presente domanda va sottoscritta e va allegata copia di un documento di identità in corso di validità (fronte-retro) in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non configura irregolarità formale sanabile;
- in base all'art. 15, della legge 12 novembre 2011, n. 183, "Le amministrazioni pubbliche e i gestori di pubblici servizi sono tenuti ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47, nonché di tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti, ovvero ad accettare la dichiarazione sostitutiva prodotta dall'interessato." Pertanto, il dichiarante deve sempre indicare i dati

All.4

informativi necessari, affinché si possa provvedere agli adempimenti di cui all'art. 71 del precitato D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni;

- **il termine perentorio di presentazione della domanda è di 20 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.** dell'avviso in parola;
- In considerazione delle attuali misure restrittive dettate dal Governo rispetto alla circolazione delle persone, legate all'emergenza sanitaria COVID-19, la domanda va presentata, entro il suddetto termine perentorio, 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.

Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura "*domanda incarichi vacanti di assistenza primaria 2021-pubblicazione straordinaria 2021- (dell'art. 34, comma 5, lettera b) dell'ACN*".

Ai fini dell'accertamento del rispetto dell'anzidetto termine, 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. Il termine ultimo di invio è fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso.

La domanda di partecipazione è sottoscritta con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure è sottoscritta manualmente, scannerizzata e presentata unitamente a copia scannerizzata di un documento di identità. Le scansioni sono in formato PDF.

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.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

1. Titolare del trattamento dei dati personali è la Regione Friuli Venezia Giulia, rappresentata dal Presidente, Piazza dell'Unità d'Italia 1, 34121 Trieste
e-mail: presidente@regione.fvg.it PEC: regione.friuliveneziaigiulia@certregione.fvg.it.
2. Il Responsabile della protezione dei dati (RDP) è raggiungibile al seguente indirizzo: Piazza dell'Unità d'Italia 1, 34121 Trieste, e-mail: privacy@regione.fvg.it; PEC privacy@certregione.fvg.it ;
3. 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 da parte della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia alla Società Insiel spa*".
4. 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 (General Data Protection Regulation) 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.
5. Il trattamento dei dati forniti dagli interessati o, comunque, assunti in fase istruttoria è funzionale agli adempimenti connessi, strumentali e conseguenti alle procedure di cui al presente avviso. Il loro conferimento è indispensabile per le attività di cui sopra. Il loro eventuale mancato conferimento, la loro inesatta o parziale comunicazione preclude l'attività di gestione delle procedure di assegnazione degli incarichi in parola.
6. Il trattamento dei dati è effettuato avvalendosi sia di mezzi informatici che cartacei protetti e non accessibili al pubblico. Il trattamento dei dati comprende anche la loro pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Friuli Venezia Giulia nelle sole misure necessarie e proporzionali alle finalità del presente procedimento.
7. I dati forniti possono essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche nazionali per finalità connesse all'espletamento delle procedure di cui al presente avviso e/o per assolvere, nell'ambito dell'istruttoria, a obblighi previsti dalla normativa vigente.
8. 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.

All.5

SCHEMA DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI MEDICI DI MEDICINA
GENERALE PER L'ASSISTENZA PRIMARIA – **PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2021**
(per diploma di formazione specifica in medicina generale acquisito successivamente al 31.1.2020)
(comprensivo di dichiarazioni sostitutive)



Alla Regione Autonoma
Friuli Venezia Giulia
Direzione centrale salute, politiche sociali e
disabilità
Riva Nazario Sauro, 8
34124 TRIESTE
PEC: salute@certregione.fvg.it

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

ai sensi dell'art. 34, comma 5, lettera c) dell'ACN 29.7.2009, come modificato dall'ACN 21.6.2018 e integrato dall'ACN 18.6.2020

chiede

di partecipare all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di medici di medicina generale per l'assistenza primaria e segnatamente per i seguenti ambiti (in assenza di indicazione la domanda è inammissibile):

- 1) Ambito _____ Azienda _____
- 2) Ambito _____ Azienda _____
- 3) Ambito _____ Azienda _____
- 4) Ambito _____ Azienda _____
- 5) Ambito _____ Azienda _____
- 6) Ambito _____ Azienda _____
- 7) Ambito _____ Azienda _____
- 8) Ambito _____ Azienda _____
- 9) Ambito _____ Azienda _____
- 10) Ambito _____ Azienda _____

Avvertenza:

Qualora lo spazio nei riquadri non fosse sufficiente l'interessato può completarne l'elencazione, utilizzando copia della stessa pagina che dovrà essere allegata e debitamente sottoscritta.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, consapevole delle responsabilità amministrative e penali ivi previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000 cit.)

All.5

dichiara quanto segue:

-di essere nato/a a _____ Prov. (____) in data _____

Codice fiscale _____

-di risiedere a _____ prov. (____) CAP _____

via _____ n. _____ tel: ____/_____

indirizzo e-mail _____ pec _____

-di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ conseguito in data _____ con voto _____;

-di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____;

-di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91, n. 368/99 e n. 277/2003, conseguito in data _____ Regione _____;

dichiara inoltre

1) di essere/non essere **(1)** titolare di un rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati:

Soggetto _____ ore settimanali _____

via _____ Comune di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

periodo: dal _____;

2) di essere /non essere **(1)** titolare di un incarico come medico di medicina generale ai sensi dell'ACN con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

3) di essere/non essere **(1)** titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'ACN con massimale di _____ scelte periodo dal _____

4) di essere/non essere **(1)** titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5) di essere/non essere **(1)** iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni

provincia _____ branca _____ periodo dal _____

6) di essere/non essere **(1)** titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato **(1)**, nella Regione Friuli Venezia Giulia o in altra Regione:

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva/in forma di disponibilità **(1)**

All.5

7) di essere/non essere **(1)** iscritto al corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n. 256/91 o al corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n.257/91, n. 368/99 e n. 277/2003:

denominazione del corso _____
 soggetto pubblico che lo svolge _____ inizio dal _____

8) di operare/non operare **(1)** a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Organismo _____
 via _____ Comune di _____ ore sett. _____
 tipo di attività _____
 tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal _____

9) di operare/non operare **(1)** a qualsiasi titolo in strutture sanitarie private non convenzionate o non accreditate, soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo _____
 via _____ Comune di _____ ore sett. _____
 tipo di attività _____
 tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal _____

10) di svolgere/non svolgere **(1)** funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____
 via _____ Comune di _____ periodo dal _____

11) di svolgere/non svolgere **(1)** per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione, funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:

Azienda _____ Comune di _____ periodo dal _____

12) di avere/non avere **(1)** qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

_____ periodo dal _____

13) di essere/non essere **(1)** titolare o compartecipe di quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

14) di fruire/non fruire **(1)** del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale

periodo dal _____

15) di svolgere/non svolgere **(1)** altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (*indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna*)

periodo dal _____

16) di essere/non essere **(1)** titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato (1):

All.5

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____
Tipo di attività _____
periodo dal _____

17) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente già dichiarato relativamente ai rapporti di cui ai precedenti numeri 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 16):

Soggetto pubblico _____
via _____ comune _____
tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____
periodo dal _____

18) di essere/non essere (1) titolare di trattamento di pensione a carico di:

periodo: dal _____

19) di fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____
periodo dal _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di accettare le prescrizioni dell'avviso e di aver preso visione dell'informativa sul trattamento di dati personali.

Fatto salvo quanto specificatamente previsto nell'avviso, richiede che eventuali comunicazioni dirette inerenti alla presente domanda siano inoltrate presso:

- l'indirizzo pec _____
 la propria residenza _____
 il domicilio sotto indicato: _____

Comune _____ () CAP _____
via _____ Tel. _____ / _____

In fede.

data _____

Firma _____

(leggere le avvertenze)

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 _____

All.5

- identificativo n. _____
 2. di conservare l'originale della presente domanda per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.

Data _____

Firma _____

NOTE

- (1) Cancellare la parte che non interessa.

AVVERTENZE

Ferme restando le disposizioni del presente avviso relativo agli incarichi vacanti di medici di medicina generale di assistenza primaria e di continuità assistenziale relativi all'anno 2021 nella Regione FVG - PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2021, si ricorda:

- **a pena d'esclusione**, la presente domanda va sottoscritta e va allegata copia di un documento di identità in corso di validità (fronte-retro) in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non configura irregolarità formale sanabile;
- in base all'art. 15, della legge 12 novembre 2011, n. 183, "Le amministrazioni pubbliche e i gestori di pubblici servizi sono tenuti ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47, nonché di tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti, ovvero ad accettare la dichiarazione sostitutiva prodotta dall'interessato." Pertanto, il dichiarante deve sempre indicare i dati informativi necessari, affinché si possa provvedere agli adempimenti di cui all'art. 71 del precitato D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni;
- **il termine perentorio di presentazione della domanda è di 20 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.** dell'avviso in parola;
- In considerazione delle attuali misure restrittive dettate dal Governo rispetto alla circolazione delle persone, legate all'emergenza sanitaria COVID-19, la domanda va presentata, entro il suddetto termine perentorio, 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.
 Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura "domanda incarichi vacanti di assistenza primaria 2021-pubblicazione straordinaria 2021 - (art. 34, comma 5, lettera c) dell'ACN".
 Ai fini dell'accertamento del rispetto dell'anzidetto termine, 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. Il termine ultimo di invio è fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso.
 La domanda di partecipazione è sottoscritta con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure è sottoscritta manualmente, scannerizzata e presentata unitamente a copia scannerizzata di un documento di identità. Le scansioni sono in formato PDF.
 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.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

1. Titolare del trattamento dei dati personali è la Regione Friuli Venezia Giulia, rappresentata dal Presidente, Piazza dell'Unità d'Italia 1, 34121 Trieste
 e-mail: presidente@regione.fvg.it PEC: regione.friuliveneziagiulia@certregione.fvg.it.
2. Il Responsabile della protezione dei dati (RDP) è raggiungibile al seguente indirizzo: Piazza dell'Unità d'Italia 1, 34121 Trieste, e-mail: privacy@regione.fvg.it; PEC privacy@certregione.fvg.it ;
3. 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 da parte della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia alla Società Insiel spa".
4. 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 (General Data Protection Regulation) 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.

All.5

5. Il trattamento dei dati forniti dagli interessati o, comunque, assunti in fase istruttoria è funzionale agli adempimenti connessi, strumentali e conseguenti alle procedure di cui al presente avviso. Il loro conferimento è indispensabile per le attività di cui sopra. Il loro eventuale mancato conferimento, la loro inesatta o parziale comunicazione preclude l'attività di gestione delle procedure di assegnazione degli incarichi in parola.
6. Il trattamento dei dati è effettuato avvalendosi sia di mezzi informatici che cartacei protetti e non accessibili al pubblico. Il trattamento dei dati comprende anche la loro pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Friuli Venezia Giulia nelle sole misure necessarie e proporzionali alle finalità del presente procedimento.
7. I dati forniti possono essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche nazionali per finalità connesse all'espletamento delle procedure di cui al presente avviso e/o per assolvere, nell'ambito dell'istruttoria, a obblighi previsti dalla normativa vigente.
8. 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.

All.6

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE
 PER **L'ASSISTENZA PRIMARIA** RELATIVI ALL'ANNO 2021 – **PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2021** – (per
iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione FVG)
 (comprensivo di dichiarazioni sostitutive)



Alla Regione Autonoma
 Friuli Venezia Giulia
 Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità
 Riva Nazario Sauro, 8
 34124 TRIESTE

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

ai sensi dell'articolo 34, commi 17-bis e 17-ter come novellato dall'ACN 18.6.20, e specificatamente (*barrare la voce che interessa*):

- ai sensi di quanto previsto dall'art. 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n.135, convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12,
 oppure
 ai sensi di quanto previsto dall'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n.35, convertito, con modificazioni dalla Legge 25 giugno 2019, n.60,

FA DOMANDA

per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di medici di medicina generale per l'assistenza primaria, pubblicati sul B.U.R. della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia n. 13 del 31.03.2021 e **rimasti disponibili** a conclusione delle procedure di assegnazione ai sensi dell'art. 34, comma 5, dell'A.C.N., e segnatamente per i seguenti ambiti:

- 1) Ambito _____ Azienda _____
- 2) Ambito _____ Azienda _____
- 3) Ambito _____ Azienda _____
- 4) Ambito _____ Azienda _____
- 5) Ambito _____ Azienda _____
- 6) Ambito _____ Azienda _____
- 7) Ambito _____ Azienda _____
- 8) Ambito _____ Azienda _____
- 9) Ambito _____ Azienda _____
- 10) Ambito _____ Azienda _____

Avvertenza:

Qualora lo spazio nei riquadri non fosse sufficiente l'interessato può completarne l'elencazione, utilizzando copia della stessa pagina che dovrà essere allegata e debitamente sottoscritta.

All.6

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e successive modifiche consapevoli delle sanzioni penali previste dall'art. 76, del D.P.R. innanzi citato, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 cit.), **dichiara** quanto segue:

-di essere nato/a a _____ prov. (____) in data _____

Codice fiscale

-di risiedere a _____ prov. (____) dal _____

CAP _____ via _____ n. _____

tel: ____/____

indirizzo e mail _____ pec _____

-di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ conseguito in data _____ con voto _____;

-di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____

- di frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio _____/_____

presso la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia **iniziato** in data _____ (data di effettivo inizio dello stesso o per coloro che sono entrati al corso in via di scorrimento della graduatoria si intende la data di inizio della frequenza) e in particolare di frequentare:

O il primo anno, O il secondo anno, O il terzo anno (*barrare l'annualità di frequentazione*)

-di **non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria;

dichiara inoltre

1) di essere/non essere (1) titolare di un rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati:

Soggetto _____ ore settimanali _____

via _____ comune di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

periodo: dal _____;

2) di essere /non essere (1) titolare di un incarico come medico di medicina generale ai sensi dell'ACN con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

3) di essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'ACN con massimale di _____ scelte Periodo dal _____

4) di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5) di essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni

provincia _____ branca _____ periodo dal _____

All.6

6) di essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Friuli Venezia Giulia o in altra regione:

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____
in forma attiva/in forma di disponibilità (1)

7) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Organismo _____
via _____ comune di _____ ore sett. _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo dal _____

8) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in strutture sanitarie private non convenzionate o non accreditate, soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo _____
via _____ comune di _____ ore sett. _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo dal _____

9) di svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____
via _____ comune di _____ periodo dal _____

10) di svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione, funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:

Azienda _____ comune di _____ periodo dal _____

11) di avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

_____ periodo dal _____

12) di essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

13) di fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale

periodo dal _____

14) di svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)

Periodo dal _____

15) di essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato (1):

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____
periodo dal _____

All.6

16) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente già dichiarato relativamente ai rapporti di cui ai precedenti numeri 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 16):

Soggetto pubblico _____

via _____ comune _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____

17) di essere/non essere (1) titolare di trattamento di pensione a carico di:

Periodo: dal _____

18) di fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____

Periodo dal _____

NOTE _____

Il/La sottoscritto/a dichiara fin d'ora di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dall'Accordo collettivo nazionale per la disciplina normativa e per il trattamento economico dei medici di medicina generale del quale è ad integrale conoscenza.

Fatto salvo quanto specificatamente previsto nell'avviso, richiede che eventuali comunicazioni dirette inerenti alla presente domanda siano inoltrate presso:

l'indirizzo pec _____

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

comune _____ () CAP _____

via _____ Tel. _____/_____

In fede.

data _____

Firma _____

(leggere le avvertenze)

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.

Data _____

Firma _____

All.6

NOTE

(1) Cancellare la parte che non interessa.

AVVERTENZE

Ferme restando le disposizioni del presente avviso relativo agli incarichi vacanti relativi all'anno 2021 di assistenza primaria nella Regione FVG – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2021, ai sensi degli artt. 34, commi 17-bis e 17-ter e 63, commi 15-bis e 15-ter, si ricorda:

- **a pena d'esclusione** la presente domanda va sottoscritta e va allegata copia di un documento di identità in corso di validità (fronte-retro) in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non configura irregolarità formale sanabile;
- in base all'art. 15, della legge 12 novembre 2011, n. 183, "Le amministrazioni pubbliche e i gestori di pubblici servizi sono tenuti ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47, nonché di tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti, ovvero ad accettare la dichiarazione sostitutiva prodotta dall'interessato." Pertanto, il dichiarante deve sempre indicare i dati informativi necessari affinché si possa provvedere agli adempimenti di cui all'art. 71 del precitato D.P.R. n. 445/2000;
- **il termine perentorio di presentazione della domanda è di 20 giorni dalla data di pubblicazione sul B.U.R. e sul sito istituzionale della Regione** dell'avviso in parola;
- la domanda è presentata 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.
Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura "*domanda incarichi vacanti di assistenza primaria 2021-pubblicazione straordinaria 2021 (art.34, commi 17-bis e 17-ter dell'ACN)*".
Ai fini dell'accertamento del rispetto dell'anzidetto termine, 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. Il termine ultimo di invio è fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso.
La domanda di partecipazione è sottoscritta con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure è sottoscritta manualmente, scannerizzata e presentata unitamente a copia scannerizzata di un documento di identità. Le scansioni sono in formato PDF.
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.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

1. Titolare del trattamento dei dati personali è la Regione Friuli Venezia Giulia, rappresentata dal Presidente, Piazza dell'Unità d'Italia 1, 34121 Trieste
e-mail: presidente@regione.fvg.it PEC: regione.friuliveneziagiulia@certregione.fvg.it.
2. Il Responsabile della protezione dei dati (RDP) è raggiungibile al seguente indirizzo: Piazza dell'Unità d'Italia 1, 34121 Trieste, e-mail: privacy@regione.fvg.it; PEC privacy@certregione.fvg.it ;
3. 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 da parte della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia alla Società Insiel spa*".
4. 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 (General Data Protection Regulation) 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.
5. Il trattamento dei dati forniti dagli interessati o, comunque, assunti in fase istruttoria è funzionale agli adempimenti connessi, strumentali e conseguenti alle procedure di cui al presente avviso. Il loro conferimento è indispensabile per le attività di cui sopra. Il loro eventuale mancato conferimento, la loro inesatta o parziale comunicazione preclude l'attività di gestione delle procedure di assegnazione degli incarichi in parola.
6. Il trattamento dei dati è effettuato avvalendosi sia di mezzi informatici che cartacei protetti e non accessibili al pubblico. Il trattamento dei dati comprende anche la loro pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Friuli Venezia Giulia nelle sole misure necessarie e proporzionali alle finalità del presente procedimento.
7. I dati forniti possono essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche nazionali per finalità connesse all'espletamento delle procedure di cui al presente avviso e/o per assolvere, nell'ambito dell'istruttoria, a obblighi previsti dalla normativa vigente.
8. 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

All.6

legittimi, presentare reclamo al Garante dei dati personali, rivolgendo le richieste alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

All.7

SCHEMA DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE –
PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2021
(per trasferimento)
(comprensivo di dichiarazioni sostitutive)

Bollo € 16,00

All'Azienda

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

chiede

di partecipare all'assegnazione di un incarico vacante di continuità assistenziale, ai sensi dell'articolo 63, comma 3, lettera a), dell'A.C.N. 29.72009 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, come modificato dall'A.C.N. 21.6.2018 e integrato dall'A.C.N. 18.6.20.

A tal fine ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, consapevole delle responsabilità amministrative e penali ivi previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 cit.)

dichiara quanto segue:

-di essere nato/a a _____ prov. () in data _____
 -di risiedere a _____ prov. () CAP _____
 via _____ n. ___ tel: ___/_____
 indirizzo e mail _____ PEC _____
 Codice fiscale _____

dichiara inoltre

-di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;
 -di essere attualmente titolare di incarico di continuità assistenziale nella Regione _____ Azienda _____ dal _____ (2)
 -di provenire/non provenire (1) da Azienda che dispone di medici in servizio nella continuità assistenziale in esubero rispetto al rapporto ottimale definito all'art. 64, comma 2, dell'A.C.N.;
 -di essere/non essere (1) stato titolare di incarico di continuità assistenziale, precedentemente al periodo sopraindicato, nella Regione _____ Azienda _____ dal _____ al _____ (2) nella Regione _____ Azienda _____

All.7

dal _____ al _____(2)

-di essere/non essere (1) stato sospeso dall'incarico di continuità assistenziale, ai sensi dell'art. 18, comma 1, dell'A.C.N. nei seguenti periodi:

dal _____ al _____

dal _____ al _____

-di avere/non avere (1) presentato domanda ad altre Aziende, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale (3)

Azienda _____

Azienda _____

-di svolgere/non svolgere (1) altra attività a qualsiasi titolo _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di accettare le prescrizioni dell'avviso e di aver preso visione dell'informativa sul trattamento di dati personali.

Fatto salvo quanto specificatamente previsto nell'avviso, richiede che eventuali comunicazioni dirette inerenti alla presente domanda siano inoltrate presso:

l'indirizzo pec _____

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

Comune _____ () CAP _____

via _____ Tel. ____/____

In fede.

data _____

Firma _____

(leggere le avvertenze)**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.

Data _____

Firma _____

All.7

NOTE**(1)** cancellare la parte che non interessa**(2)** Ai sensi dell'art. 63, comma 5, dell'A.C.N., i medici sono graduati in base all'anzianità d'incarico a tempo indeterminato di medico di continuità assistenziale, detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico di cui all'articolo 18, comma 1.**(3)** se l'interessato ha presentato domanda presso altre Aziende, indicare quali.**AVVERTENZE****Ferme restando le disposizioni del presente avviso relativo agli incarichi vacanti relativi all'anno 2021 di assistenza primaria e di continuità assistenziale nella Regione FVG – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2021, si ricorda:**

- **a pena d'esclusione**, la presente domanda va sottoscritta e va allegata copia di un documento di identità in corso di validità (fronte-retro) in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non configura irregolarità formale sanabile;
- in base all'art. 15, della legge 12 novembre 2011, n. 183, "Le amministrazioni pubbliche e i gestori di pubblici servizi sono tenuti ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47, nonché di tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti, ovvero ad accettare la dichiarazione sostitutiva prodotta dall'interessato." Pertanto, il dichiarante **deve sempre indicare i dati informativi necessari**, affinché si possa provvedere agli adempimenti di cui all'art. 71 del precitato D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni;
- **il termine perentorio di presentazione della domanda è di 20 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.** dell'avviso in parola;
- In considerazione delle attuali misure restrittive dettate dal Governo rispetto alla circolazione delle persone, legate all'emergenza sanitaria COVID-19, la domanda va presentata, **entro il suddetto termine perentorio, esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata (PEC)** personale dell'interessato al seguente indirizzo PEC dell'Azienda sanitaria territorialmente competente:
 - asugi@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI)
 - asufc@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC)
 - asfo.protgen@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO)

Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura "*domanda ulteriori incarichi vacanti di continuità assistenziale 2021-pubblicazione straordinaria – (art.63, comma 3, lettera a) dell'ACN)*".

Ai fini dell'accertamento del rispetto dell'anzidetto termine, 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. Il termine ultimo di invio è fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso.

La domanda di partecipazione è sottoscritta con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure è sottoscritta manualmente, scannerizzata e presentata unitamente a copia scannerizzata di un documento di identità. Le scansioni sono in formato PDF.

Non è ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria oppure da PEC non personale, anche se indirizzate alla PEC dell'Azienda sanitaria territorialmente competente.

(parte da compilare da parte dell'Azienda sanitaria territorialmente competente)**INFORMATIVA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI**

1. Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda _____, rappresentata dal _____, via _____, cap. _____ provincia _____
e-mail: _____ PEC: _____
2. Responsabile della protezione dei dati (RDP) è il dott./dr.ssa _____, in qualità di direttore _____ per particolari funzioni, via _____, cap. _____ provincia _____
e-mail: _____ PEC: _____
3. 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 (General Data Protection Regulation) l'Azienda, 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.

All.7

4. Il trattamento dei dati forniti dagli interessati o, comunque, assunti in fase istruttoria è funzionale agli adempimenti connessi, strumentali e conseguenti alle procedure di cui al presente avviso. Il loro conferimento è indispensabile per le attività di cui sopra. Il loro eventuale mancato conferimento, la loro inesatta o parziale comunicazione preclude l'attività di gestione delle procedure di assegnazione degli incarichi in parola.
5. Il trattamento dei dati è effettuato avvalendosi sia di mezzi informatici che cartacei protetti e non accessibili al pubblico.
6. I dati forniti possono essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche nazionali per finalità connesse all'espletamento delle procedure di cui al presente avviso e/o per assolvere, nell'ambito dell'istruttoria, a obblighi previsti dalla normativa vigente.
7. 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 all'Azienda competente.

All.8

SCHEMA DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE –
PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2021
(per graduatoria)
(comprensivo di dichiarazioni sostitutive)

Bollo
€ 16,00

Alla Regione Autonoma
Friuli Venezia Giulia
Direzione centrale salute, politiche sociali e
disabilità
Riva Nazario Sauro, 8
34124 **TRIESTE**
PEC: salute@certregione.fvg.it

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

iscritto/a nella graduatoria regionale per i medici di medicina generale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, **valevole per l'anno 2021**, ai sensi dell'art. 63, comma 3, lettera b) dell'ACN 29.7.2009, come modificato dall'ACN 21.6.2018 e integrato dall'ACN 18.6.2021

chiede

di partecipare all'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale e segnatamente nelle seguenti Aziende (in assenza di indicazione la domanda è inammissibile):

- 1) Azienda _____
- 2) Azienda _____
- 3) Azienda _____

agli effetti dell'articolo 63, commi 11, 12, 13, 14 dell'A.C.N. **chiede**, inoltre, di poter accedere alla seguente riserva di assegnazione (**barrare una sola casella** – in assenza di indicazione la domanda non è valutabile):

(N.B. la scelta tra le due percentuali vale soltanto per i medici che possiedono sia l'attestato di formazione specifica in medicina generale, sia il titolo ad esso equipollente)

riserva del 80% per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91, n. 368/99 e n. 277/2003

riserva del 20% per i medici in possesso del titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale.

a tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, consapevole delle responsabilità amministrative e penali ivi previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000 cit.)

dichiara quanto segue:

All.8

-di essere nato/a a _____ Prov. (____) in data _____

Codice fiscale _____

-di risiedere a _____ prov. (____) CAP _____

via _____ n. _____ dal _____ (2)(4) a tutt'oggi

tel: ____/____ indirizzo e-mail _____ pec _____

precedenti residenze (3) (4):

dal _____ al _____ Comune di _____ prov. _____

dal _____ al _____ Comune di _____ prov. _____

dal _____ al _____ Comune di _____ prov. _____

-di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ conseguito in data _____ con voto _____;

-di essere/non essere in possesso (1) dell'attestato di formazione in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91, n. 368/99 e n. 277/2003, conseguito in data _____ Regione _____;

dichiara inoltre

1) di essere/non essere (1) titolare di un rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati:

Soggetto _____ ore settimanali _____

via _____ Comune di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

periodo: dal _____;

2) di essere /non essere (1) titolare di un incarico come medico di medicina generale ai sensi dell'ACN con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____;

3) di essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'ACN con massimale di _____ scelte periodo dal _____;

4) di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5) di essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni
provincia _____ branca _____ periodo dal _____;

All.8

6) di essere/non essere **(1)** titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato **(1)**, nella Regione Friuli Venezia Giulia o in altra Regione:

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____
in forma attiva/in forma di disponibilità **(1)**

7) di essere/non essere **(1)** iscritto al corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n. 256/91 o al corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n.257/91, n. 368/99 e n. 277/2003:

denominazione del corso _____
soggetto pubblico che lo svolge _____ inizio dal _____;

8) di operare/non operare **(1)** a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Organismo _____
via _____ Comune di _____ ore sett. _____
tipo di attività _____
tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal _____;

9) di operare/non operare **(1)** a qualsiasi titolo in strutture sanitarie private non convenzionate o non accreditate, soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo _____
via _____ Comune di _____ ore sett. _____
tipo di attività _____
tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal _____;

10) di svolgere/non svolgere **(1)** funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____
via _____ Comune di _____ periodo dal _____;

11) di svolgere/non svolgere **(1)** per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione, funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:

Azienda _____ Comune di _____ periodo dal _____;

12) di avere/non avere **(1)** qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

_____ periodo dal _____;

13) di essere/non essere **(1)** titolare o partecipante di quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

_____;

14) di fruire/non fruire **(1)** del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale

periodo dal _____;

15) di svolgere/non svolgere **(1)** altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)

All.8

periodo dal _____;

16) di essere/non essere **(1)** titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato (1):

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____;

Tipo di attività _____

periodo dal _____;

17) di operare/non operare **(1)** a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente già dichiarato relativamente ai rapporti di cui ai precedenti numeri 1, 2, 3,4 5, 6 e 16):

Soggetto pubblico _____

via _____ comune _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

periodo dal _____;

18) di essere/non essere **(1)** titolare di trattamento di pensione a carico di:

periodo dal _____;

19) di fruire/non fruire **(1)** del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____

periodo dal _____.

Il/La sottoscritto/a dichiara di accettare le prescrizioni dell'avviso e di aver preso visione dell'informativa sul trattamento di dati personali.

Fatto salvo quanto specificatamente previsto nell'avviso, richiede che eventuali comunicazioni dirette inerenti alla presente domanda siano inoltrate presso:

l'indirizzo pec _____;

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

Comune _____ () CAP _____

via _____ Tel. ____/____

In fede.

data _____

Firma _____

(leggere le avvertenze)

All.8

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.

Data _____ Firma _____

NOTE

(1) Cancellare la parte che non interessa.

(2) Ai sensi dell'art. 63, comma 6, lett. b), dell'A.C.N., verranno attribuiti 5 punti al medico residente, nello stesso ambito territoriale dichiarato carente e per il quale concorre, fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda d'inclusione nella graduatoria regionale (31.1.2020) e che tale requisito abbia mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico.

(3) Ai sensi dell'art. 63, comma 6, lett. c), dell'A.C.N., verranno attribuiti 20 punti al medico residente nella Regione Friuli Venezia Giulia da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda d'inclusione nella graduatoria regionale (31.1.2020) e che tale requisito abbia mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico.

(4) qualora i periodi non siano correttamente indicati (giorno, mese e anno) verranno valutati a partire dall'ultimo giorno del mese/anno indicati.

AVVERTENZE

Ferme restando le disposizioni del presente avviso relativo agli incarichi vacanti di medici di medicina generale di assistenza primaria e di continuità assistenziale relativi all'anno 2021 nella Regione FVG – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2021, si ricorda:

- **a pena d'esclusione**, la presente domanda va sottoscritta e va allegata copia di un documento di identità in corso di validità (fronte-retro) in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non configura irregolarità formale sanabile;
- in base all'art. 15, della legge 12 novembre 2011, n. 183, "Le amministrazioni pubbliche e i gestori di pubblici servizi sono tenuti ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47, nonché di tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti, ovvero ad accettare la dichiarazione sostitutiva prodotta dall'interessato." Pertanto, il dichiarante deve sempre indicare i dati informativi necessari, affinché si possa provvedere agli adempimenti di cui all'art. 71 del precitato D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni;
- **il termine perentorio di presentazione della domanda è di 20 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.** dell'avviso in parola;
- In considerazione delle attuali misure restrittive dettate dal Governo rispetto alla circolazione delle persone, legate all'emergenza sanitaria COVID-19, la domanda va presentata, entro il suddetto termine perentorio, 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. Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura "domanda ulteriori incarichi vacanti di continuità assistenziale 2021 – pubblicazione straordinaria 2021 – (art. 63, comma 3, lettera b) dell'ACN".

All.8

Ai fini dell'accertamento del rispetto dell'anzidetto termine, 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. Il termine ultimo di invio è fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso.

La domanda di partecipazione è sottoscritta con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure è sottoscritta manualmente, scannerizzata e presentata unitamente a copia scannerizzata di un documento di identità. Le scansioni sono in formato PDF.

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.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

1. Titolare del trattamento dei dati personali è la Regione Friuli Venezia Giulia, rappresentata dal Presidente, Piazza dell'Unità d'Italia 1, 34121 Trieste
e-mail: presidente@regione.fvg.it PEC: regione.friuliveneziagiulia@certregione.fvg.it.
2. Il Responsabile della protezione dei dati (RDP) è raggiungibile al seguente indirizzo: Piazza dell'Unità d'Italia 1, 34121 Trieste, e-mail: privacy@regione.fvg.it; PEC privacy@certregione.fvg.it ;
3. 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 da parte della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia alla Società Insiel spa".
4. 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 (General Data Protection Regulation) 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.
5. Il trattamento dei dati forniti dagli interessati o, comunque, assunti in fase istruttoria è funzionale agli adempimenti connessi, strumentali e conseguenti alle procedure di cui al presente avviso. Il loro conferimento è indispensabile per le attività di cui sopra. Il loro eventuale mancato conferimento, la loro inesatta o parziale comunicazione preclude l'attività di gestione delle procedure di assegnazione degli incarichi in parola.
6. Il trattamento dei dati è effettuato avvalendosi sia di mezzi informatici che cartacei protetti e non accessibili al pubblico. Il trattamento dei dati comprende anche la loro pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Friuli Venezia Giulia nelle sole misure necessarie e proporzionali alle finalità del presente procedimento.
7. I dati forniti possono essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche nazionali per finalità connesse all'espletamento delle procedure di cui al presente avviso e/o per assolvere, nell'ambito dell'istruttoria, a obblighi previsti dalla normativa vigente.
8. 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.

All.9

SCHEMA DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICI DI CONTINUITA'
ASSISTENZIALE – **PUBBLICAZIONE TRAORDINARIA 2021**
(per diploma di formazione specifica in medicina generale acquisito successivamente al 31.1.2020)
(comprensivo di dichiarazioni sostitutive)



Alla Regione Autonoma
 Friuli Venezia Giulia
 Direzione centrale salute, politiche sociali e
 disabilità
 Riva Nazario Sauro, 8
 34124 **TRIESTE**
 PEC: salute@certregione.fvg.it

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

ai sensi dell'art. 63, comma 3, lettera c) dell'ACN 29.7.2009, come modificato dall'ACN 21.6.2018 e integrato dall'ACN 18.6.2020

chiede

di partecipare all'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale e segnatamente nelle seguenti Aziende *(in assenza di indicazione la domanda è inammissibile)*:

- | | |
|------------------|------------------|
| 1) Azienda _____ | 3) Azienda _____ |
| 2) Azienda _____ | _____ |
| 3) Azienda _____ | |

a tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, consapevole delle responsabilità amministrative e penali ivi previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000 cit.)

dichiara quanto segue:

-di essere nato/a a _____ Prov. (____) in data _____

Codice fiscale _____

-di risiedere a _____ prov. (____) CAP _____

via _____ n. _____ tel: ____/_____

indirizzo e-mail _____ pec _____

All.9

-di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ conseguito in data _____ con voto _____;

-di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____;

-di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91, n. 368/99 e n. 277/2003, conseguito in data _____ Regione _____;

dichiara inoltre

1) di essere/non essere **(1)** titolare di un rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati:

Soggetto _____ ore settimanali _____

via _____ Comune di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

periodo: dal _____;

2) di essere /non essere **(1)** titolare di un incarico come medico di medicina generale ai sensi dell'ACN con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____

Azienda _____

3) di essere/non essere **(1)** titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'ACN con massimale di _____ scelte periodo dal _____

4) di essere/non essere **(1)** titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5) di essere/non essere **(1)** iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni

provincia _____ branca _____ periodo dal _____

6) di essere/non essere **(1)** titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato **(1)**, nella Regione Friuli Venezia Giulia o in altra Regione:

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva/in forma di disponibilità **(1)**

7) di essere/non essere **(1)** iscritto al corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n. 256/91 o al corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n.257/91, n. 368/99 e n. 277/2003:

denominazione del corso _____

soggetto pubblico che lo svolge _____ inizio dal _____

8) di operare/non operare **(1)** a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Organismo _____

via _____ Comune di _____ ore sett. _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal _____

All.9

9) di operare/non operare **(1)** a qualsiasi titolo in strutture sanitarie private non convenzionate o non accreditate, soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo _____
via _____ Comune di _____ ore sett. _____
tipo di attività _____
tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal _____

10) di svolgere/non svolgere **(1)** funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____
via _____ Comune di _____ periodo dal _____

11) di svolgere/non svolgere **(1)** per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione, funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:

Azienda _____ Comune di _____ periodo dal _____

12) di avere/non avere **(1)** qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

_____ periodo dal _____

13) di essere/non essere **(1)** titolare o compartecipe di quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

14) di fruire/non fruire **(1)** del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale
periodo dal _____

15) di svolgere/non svolgere **(1)** altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate *(indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)*

periodo dal _____

16) di essere/non essere **(1)** titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato (1):

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____
Tipo di attività _____
periodo dal _____

17) di operare/non operare **(1)** a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente già dichiarato relativamente ai rapporti di cui ai precedenti numeri 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 16):

Soggetto pubblico _____
via _____ comune _____
tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____
periodo dal _____

All.9

18) di essere/non essere (1) titolare di trattamento di pensione a carico di:

periodo: dal _____

19) di fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____

periodo dal _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di accettare le prescrizioni dell'avviso e di aver preso visione dell'informativa sul trattamento di dati personali.

Fatto salvo quanto specificatamente previsto nell'avviso, richiede che eventuali comunicazioni dirette inerenti alla presente domanda siano inoltrate presso:

 l'indirizzo pec _____ la propria residenza il domicilio sotto indicato:

Comune _____ () CAP _____

via _____ Tel. ____/_____

In fede.

data _____

Firma _____

(leggere le avvertenze)**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.

Data _____

Firma _____

NOTE

(1) Cancellare la parte che non interessa.

All.9

AVVERTENZE**Ferme restando le disposizioni del presente avviso relativo agli incarichi vacanti di medici di medicina generale di assistenza primaria e di continuità assistenziale relativi all'anno 2021 nella Regione FV – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2021, si ricorda:**

- **a pena d'esclusione**, la presente domanda va sottoscritta e va allegata copia di un documento di identità in corso di validità (fronte-retro) in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non configura irregolarità formale sanabile;
- in base all'art. 15, della legge 12 novembre 2011, n. 183, "Le amministrazioni pubbliche e i gestori di pubblici servizi sono tenuti ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47, nonché di tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti, ovvero ad accettare la dichiarazione sostitutiva prodotta dall'interessato." Pertanto, il dichiarante deve sempre indicare i dati informativi necessari, affinché si possa provvedere agli adempimenti di cui all'art. 71 del precitato D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni;
- **il termine perentorio di presentazione della domanda è di 20 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.** dell'avviso in parola;
- In considerazione delle attuali misure restrittive dettate dal Governo rispetto alla circolazione delle persone, legate all'emergenza sanitaria COVID-19, la domanda va presentata, entro il suddetto termine perentorio, 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.
Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura "*domanda incarichi vacanti di continuità assistenziale 2021 – pubblicazione straordinaria 2021- (art. 63, comma 3, lettera c) dell'ACN*".
Ai fini dell'accertamento del rispetto dell'anzidetto termine, 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. Il termine ultimo di invio è fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso.
La domanda di partecipazione è sottoscritta con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure è sottoscritta manualmente, scannerizzata e presentata unitamente a copia scannerizzata di un documento di identità. Le scansioni sono in formato PDF.
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.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

1. Titolare del trattamento dei dati personali è la Regione Friuli Venezia Giulia, rappresentata dal Presidente, Piazza dell'Unità d'Italia 1, 34121 Trieste
e-mail: presidente@regione.fvg.it PEC: regione.friuliveneziaigiulia@certregione.fvg.it.
2. Il Responsabile della protezione dei dati (RDP) è raggiungibile al seguente indirizzo: Piazza dell'Unità d'Italia 1, 34121 Trieste, e-mail: privacy@regione.fvg.it; PEC privacy@certregione.fvg.it ;
3. 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 da parte della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia alla Società Insiel spa".
4. 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 (General Data Protection Regulation) 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.
5. Il trattamento dei dati forniti dagli interessati o, comunque, assunti in fase istruttoria è funzionale agli adempimenti connessi, strumentali e conseguenti alle procedure di cui al presente avviso. Il loro conferimento è indispensabile per le attività di cui sopra. Il loro eventuale mancato conferimento, la loro inesatta o parziale comunicazione preclude l'attività di gestione delle procedure di assegnazione degli incarichi in parola.
6. Il trattamento dei dati è effettuato avvalendosi sia di mezzi informatici che cartacei protetti e non accessibili al pubblico. Il trattamento dei dati comprende anche la loro pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Friuli Venezia Giulia nelle sole misure necessarie e proporzionali alle finalità del presente procedimento.
7. I dati forniti possono essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche nazionali per finalità connesse all'espletamento delle procedure di cui al presente avviso e/o per assolvere, nell'ambito dell'istruttoria, a obblighi previsti dalla normativa vigente.
8. 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

All.9

legittimi, presentare reclamo al Garante dei dati personali, rivolgendo le richieste alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

All. 10

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI ULTERIORI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
RELATIVI ALL'ANNO 2021 – **PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2021** – **(per iscritti al corso di formazione**
specifica in medicina generale nella Regione FVG)
(comprensivo di dichiarazioni sostitutive)



Alla Regione Autonoma
Friuli Venezia Giulia
Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità
Riva Nazario Sauro, 8
34124 TRIESTE

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

ai sensi dell'articolo 63, commi 15-bis e 15-ter, come novellato dall'ACN 18.6.20, e specificatamente (*barrare la voce che interessa*):

- ai sensi di quanto previsto dall'art. 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n.135, convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12,
oppure
 ai sensi di quanto previsto dall'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n.35, convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n.60,

FA DOMANDA

per l'assegnazione di un incarico vacante di continuità assistenziale, ai sensi dell'articolo 63, commi 15-bis e 15-ter, come novellato dall'ACN 18.6.20, pubblicati sul B.U.R. della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia n. 13 del 31.03.2021 e rimasti disponibili a conclusione delle procedure di assegnazione ai sensi dell'art. 63, commi 3 e 15, dell'A.C.N., e segnatamente nelle seguenti Aziende:

- 1) Azienda _____
2) Azienda _____
3) Azienda _____

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e successive modifiche consapevoli delle sanzioni penali previste dall'art. 76, del D.P.R. innanzi citato, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 cit.), **dichiara** quanto segue:

-di essere nato/a a _____ prov. (____) in data _____

Codice fiscale

-di risiedere a _____ prov. (____) dal _____

CAP _____ via _____ n. _____

tel: ____/ _____

indirizzo e mail _____ pec _____

All. 10

-di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ conseguito in data _____ con voto _____;

-di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____

- di frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio _____/ _____ presso la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia iniziato in data _____ (data di effettivo inizio dello stesso o per coloro che sono entrati al corso in via di scorrimento della graduatoria si intende la data di inizio della frequenza) e in particolare di frequentare:

O il primo anno, O il secondo anno, O il terzo anno (*barrare l'annualità di frequentazione*)

-di **non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale;

dichiara inoltre

1) di essere/non essere (1) titolare di un rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati:

Soggetto _____ ore settimanali _____

via _____ comune di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

periodo: dal _____;

2) di essere /non essere (1) titolare di un incarico come medico di medicina generale ai sensi dell' ACN con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

3) di essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'ACN con massimale di _____ scelte Periodo dal _____

4) di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5) di essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni

provincia _____ branca _____ periodo dal _____

6) di essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Friuli Venezia Giulia o in altra regione:

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva/in forma di disponibilità (1)

7) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Organismo _____

via _____ comune di _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo dal _____

8) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in strutture sanitarie private non convenzionate o non accreditate, soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo _____

All. 10

via _____ comune di _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo dal _____

9) di svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____

via _____ comune di _____ periodo dal _____

10) di svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione, funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:

Azienda _____ comune di _____ periodo dal _____

11) di avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

_____ periodo dal _____

12) di essere/non essere (1) titolare o partecipante di quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

13) di fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale
periodo dal _____

14) di svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)

Periodo dal _____

15) di essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato (1):

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

periodo dal _____

16) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente già dichiarato relativamente ai rapporti di cui ai precedenti numeri 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 16):

Soggetto pubblico _____

via _____ comune _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____

17) di essere/non essere (1) titolare di trattamento di pensione a carico di:

Periodo: dal _____

18) di fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:

All. 10

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____
Periodo dal _____

NOTE _____

Il/La sottoscritto/a dichiara fin d'ora di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dall'Accordo collettivo nazionale per la disciplina normativa e per il trattamento economico dei medici di medicina generale del quale è ad integrale conoscenza.

Fatto salvo quanto specificatamente previsto nell'avviso, richiede che eventuali comunicazioni dirette inerenti alla presente domanda siano inoltrate presso:

- l'indirizzo pec _____
- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

comune _____ () CAP _____
via _____ Tel. ____/____

In fede.

data _____ Firma _____
(leggere le avvertenze)

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.

Data _____ Firma _____

NOTE

(1) Cancellare la parte che non interessa.

AVVERTENZE

Ferme restando le disposizioni dell'avviso – relativo agli incarichi vacanti per l'anno 2021 per assistenza primaria e continuità assistenziale nella Regione FVG – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2021 - ai sensi degli artt. 34, comma 17-bis e 63, comma 15-bis, si ricorda:

- **a pena d'esclusione** la presente domanda va sottoscritta e va allegata copia di un documento di identità in corso di validità (fronte-retro) in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non configura irregolarità formale sanabile;

All. 10

- in base all'art. 15, della legge 12 novembre 2011, n. 183, "Le amministrazioni pubbliche e i gestori di pubblici servizi sono tenuti ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47, nonché di tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti, ovvero ad accettare la dichiarazione sostitutiva prodotta dall'interessato." Pertanto, il dichiarante deve sempre indicare i dati informativi necessari affinché si possa provvedere agli adempimenti di cui all'art. 71 del precitato D.P.R. n. 445/2000;
- **il termine perentorio di presentazione della domanda è di 20 giorni dalla data di pubblicazione sul B.U.R. e sul sito istituzionale della Regione** dell'avviso in parola;
- la domanda è presentata 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.
Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura "*domanda incarichi vacanti di continuità assistenziale 2021- pubblicazione straordinaria 2021 (art.63, commi 15-bis e 15-ter dell'ACN)*".
Ai fini dell'accertamento del rispetto dell'anzidetto termine, 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. Il termine ultimo di invio è fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso.
La domanda di partecipazione è sottoscritta con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure è sottoscritta manualmente, scannerizzata e presentata unitamente a copia scannerizzata di un documento di identità. Le scansioni sono in formato PDF.
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.

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

1. Titolare del trattamento dei dati personali è la Regione Friuli Venezia Giulia, rappresentata dal Presidente, Piazza dell'Unità d'Italia 1, 34121 Trieste
e-mail: presidente@regione.fvg.it PEC: regione.friuliveneziagiulia@certregione.fvg.it
2. Il Responsabile della protezione dei dati (RDP) è raggiungibile al seguente indirizzo: Piazza dell'Unità d'Italia 1, 34121 Trieste, e-mail: privacy@regione.fvg.it; PEC privacy@certregione.fvg.it ;
3. 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 da parte della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia alla Società Insiel spa*".
4. 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 (General Data Protection Regulation) 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.
5. Il trattamento dei dati forniti dagli interessati o, comunque, assunti in fase istruttoria è funzionale agli adempimenti connessi, strumentali e conseguenti alle procedure di cui al presente avviso. Il loro conferimento è indispensabile per le attività di cui sopra. Il loro eventuale mancato conferimento, la loro inesatta o parziale comunicazione preclude l'attività di gestione delle procedure di assegnazione degli incarichi in parola.
6. Il trattamento dei dati è effettuato avvalendosi sia di mezzi informatici che cartacei protetti e non accessibili al pubblico. Il trattamento dei dati comprende anche la loro pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Friuli Venezia Giulia nelle sole misure necessarie e proporzionali alle finalità del presente procedimento.
7. I dati forniti possono essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche nazionali per finalità connesse all'espletamento delle procedure di cui al presente avviso e/o per assolvere, nell'ambito dell'istruttoria, a obblighi previsti dalla normativa vigente.
8. 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.

21_SO45_1_ADC_SAL INT_34778_1_TESTO

Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità - Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera - Trieste

Elenchi degli ambiti territoriali carenti di medici pediatri di libera scelta per l'anno 2021. Pubblicazione straordinaria.

ELENCO DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA PER L'ANNO 2021 - PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2021		
AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA	AMBITI TERRITORIALI CARENTI	PEDIATRI
Azienda sanitaria Friuli Occidentale Via della Vecchia Ceramica, 1 33170 PORDENONE PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it	Ambito territoriale del Livenza	1* (vincolo di ambulatorio a Fontanafredda)

* Ai sensi del paragrafo 3.1 - lettera e) - punto 6 - dell'Accordo integrativo regionale per i medici pediatri di libera scelta, stipulato in data 11.3.2011.

AVVISO

Sulla base della nota di richiesta dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale, conservata agli atti, sulla base di quanto dalla stessa dichiarato relativamente ai presupposti imprescindibili dettati dall'AIR 2011 vigente, si provvede alla pubblicazione straordinaria ai sensi dell'art. 3.1 lett. e) punto 6 dell'AIR 2011 dell'elenco degli ambiti territoriali carenti di medici pediatri di libera scelta per l'anno 2021, individuati dalla competente Azienda sanitaria, da assegnare secondo le procedure previste dall'articolo 33 dell'Accordo collettivo nazionale dei medici pediatri di libera scelta, come modificato dall'A.C.N. 21.6.2018.

Requisiti di partecipazione

Possono concorrere al conferimento degli incarichi i medici pediatri secondo il seguente ordine di priorità:

per trasferimento: i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato nella Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia da almeno due anni nell'ambito territoriale di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nel SSN;

per trasferimento: i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno quattro anni in un elenco di pediatri di libera scelta di altra Regione e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nel SSN;

i pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2021;

i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti, successivamente alla data del 31.1.2020 - scadenza per la presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valevole per l'anno 2021, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di assegnazione degli incarichi vacanti di cui al presente avviso.

Termini e presentazione della domanda

La domanda, ai sensi dell'art. 33, comma 4, dell'ACN, va presentata, nel termine perentorio di 20 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R. dell'elenco degli ambiti territoriali carenti di medici pediatri di libera scelta per l'anno 2021, secondo gli schemi di domanda allegati.

In considerazione delle attuali misure restrittive dettate dal Governo rispetto alla circolazione delle persone, legate all'emergenza sanitaria COVID-19, la domanda va presentata esclusivamente a mezzo

posta elettronica certificata (PEC) personale dell'interessato all'indirizzo PEC dell'Azienda sanitaria territorialmente competente:

asfo.protgen@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO).

Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura "domanda incarichi vacanti di pediatria 2021 - pubblicazione straordinaria 2021".

Ai fini dell'accertamento del rispetto del termine di scadenza, 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. Il termine ultimo di invio è fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso.

La domanda di partecipazione è sottoscritta con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure è sottoscritta manualmente, scannerizzata e presentata unitamente alla copia scannerizzata di un documento di identità. Tutte le scansioni sono in formato PDF.

La presentazione delle domande di partecipazione con qualsiasi modalità diversa da quella descritta comporta l'esclusione dal presente procedimento di assegnazione di incarichi vacanti. Non è, pertanto, ritenuto valido e comporta l'esclusione l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria oppure da PEC non personale del candidato, anche se indirizzate alla PEC dell'Azienda sanitaria territorialmente competente.

Trieste, 24 dicembre 2021

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO:
dott. Alfredo Perulli

All.1

SCHEMA DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI MEDICI PEDIATRI DI
LIBERA SCELTA – **PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2021 -**
(per trasferimento)
(comprensivo di dichiarazioni sostitutive)

Bollo € 16,00

All'Azienda _____

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

chiede

l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di medici pediatri di libera scelta, ai sensi dell'articolo 33, comma 5, lettere a) e b), dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, come modificato dall'A.C.N. 21.6.2018, e segnatamente per i seguenti ambiti:

- 1) Ambito _____ 2) Ambito _____
3) Ambito _____ 4) Ambito _____

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e successive modifiche, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, del D.P.R. innanzi citato, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 cit.), **dichiara** quanto segue:

-di essere nato/a a _____ prov. () in data _____

-di risiedere a _____ prov. () CAP _____

via _____ n. _____ tel: _____/_____

indirizzo e mail _____ pec _____

Codice fiscale _____

dichiara inoltre

-di essere attualmente iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta della Regione _____ Azienda _____ ambito territoriale _____ dal _____ (2)(3)

-di essere/non essere (1) stato iscritto, precedentemente al periodo sopraindicato, negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta della Regione _____ Azienda _____ ambito territoriale _____ dal _____ al _____ (3) Azienda _____ ambito territoriale _____ dal _____ al _____ (3)

-di essere/non essere (1) stato sospeso dall'attività di pediatria di libera scelta, ai sensi dell'art. 18, comma 1, dell'A.C.N. nei seguenti periodi:

All.1

dal _____ al _____
 dal _____ al _____

-di aver conseguito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti (specificare la disciplina _____) in data _____ con voto _____ presso l'Università di _____;

-di avere/non avere (1) presentato domanda ad altre Aziende, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti (4)

Azienda _____ Azienda _____

-di svolgere/non svolgere (1) altra attività a qualsiasi titolo

Il/La sottoscritto/a dichiara di accettare le prescrizioni dell'avviso e di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati.

Fatto salvo quanto specificatamente previsto nell'avviso, chiede che eventuali comunicazioni dirette inerenti alla presente domanda siano inoltrate presso:

- l'indirizzo PEC _____
 la propria residenza
 il domicilio sotto indicato:

comune _____ () CAP _____
 via _____ n. _____ Tel. _____ / _____
 indirizzo e mail _____ pec _____

In fede.

data _____ Firma _____
(leggere le avvertenze)

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.

Data _____ Firma _____

All.1

NOTE

- (1) Cancellare la parte che non interessa
- (2) Il trasferimento è possibile per il pediatra che risulti già iscritto negli elenchi dei pediatri convenzionati della Regione Friuli Venezia Giulia (art. 33, comma 5, lettera a), dell'A.C.N.) o di altra regione (art. 33, comma 5, lettera b) dell'A.C.N. del 29.7.2009), rispettivamente, da almeno due anni e quattro anni.
- (3) Ai sensi dell'art. 33, comma 11, dell'A.C.N., le Aziende interpellano prioritariamente i pediatri di cui al comma 5, lettera a), e successivamente i pediatri di cui al comma 5, lettera b). Ai sensi dell'art. 33, comma 6, dell'A.C.N., l'anzianità di iscrizione negli elenchi a valere per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti ai sensi del comma 5, lettere a) e b) è determinata dall'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi della pediatria di famiglia, detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico di cui all'art. 18, comma 1.
- (4) Ove l'interessato abbia presentato domanda ad altre Aziende, indicare quali.

AVVERTENZE**Ferme restando le disposizioni del presente avviso relativo agli incarichi vacanti di pediatri di libera scelta relativi all'anno 2021 nella Regione FVG – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2021, si ricorda:**

- **a pena d'esclusione**, la presente domanda va sottoscritta e va allegata copia di un documento di identità in corso di validità (fronte-retro) in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non configura irregolarità formale sanabile;
- in base all'art. 15, della legge 12 novembre 2011, n. 183, "Le amministrazioni pubbliche e i gestori di pubblici servizi sono tenuti ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47, nonché di tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti, ovvero ad accettare la dichiarazione sostitutiva prodotta dall'interessato." Pertanto, il dichiarante deve sempre indicare i dati informativi necessari, affinché si possa provvedere agli adempimenti di cui all'art. 71 del precitato D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni;
- **il termine perentorio di presentazione della domanda è di 20 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.** dell'avviso in parola;
- In considerazione delle attuali misure restrittive dettate dal Governo rispetto alla circolazione delle persone, legate all'emergenza sanitaria COVID-19, la domanda va presentata, entro il suddetto termine perentorio, esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata (PEC) personale dell'interessato al seguente indirizzo PEC dell'Azienda sanitaria territorialmente competente:
 - asugi@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI)
 - asufc@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC)
 - asfo.protgen@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO)

Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura "*domanda incarichi vacanti di pediatria 2021 – pubblicazione straordinaria 2021*".

Ai fini dell'accertamento del rispetto dell'anzidetto termine, 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. Il termine ultimo di invio è fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso.

La domanda di partecipazione è sottoscritta con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure è sottoscritta manualmente, scannerizzata e presentata unitamente a copia scannerizzata di un documento di identità. Le scansioni sono in formato PDF.

Non è ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria oppure da PEC non personale, anche se indirizzate alla PEC dell'Azienda sanitaria territorialmente competente.

(parte da compilare da parte dell'Azienda sanitaria territorialmente competente)

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

1. Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda _____, rappresentata dal _____, via _____, cap. _____, provincia _____, e-mail: _____ PEC: _____
2. Responsabile della protezione dei dati (RDP) è il dott./dr.ssa _____, in qualità di direttore _____ per particolari funzioni, via _____, cap. _____, provincia _____, e-mail: _____ PEC: _____

All.1

3. 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 (General Data Protection Regulation) l'Azienda, 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.
4. Il trattamento dei dati forniti dagli interessati o, comunque, assunti in fase istruttoria è funzionale agli adempimenti connessi, strumentali e conseguenti alle procedure di cui al presente avviso. Il loro conferimento è indispensabile per le attività di cui sopra. Il loro eventuale mancato conferimento, la loro inesatta o parziale comunicazione preclude l'attività di gestione delle procedure di assegnazione degli incarichi in parola.
5. Il trattamento dei dati è effettuato avvalendosi sia di mezzi informatici che cartacei protetti e non accessibili al pubblico.
6. I dati forniti possono essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche nazionali per finalità connesse all'espletamento delle procedure di cui al presente avviso e/o per assolvere, nell'ambito dell'istruttoria, a obblighi previsti dalla normativa vigente.
7. 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 all'Azienda competente.

All.2

SCHEMA DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI MEDICI PEDIATRI DI
LIBERA SCELTA – **PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2021**
(per graduatoria)
(comprensivo di dichiarazioni sostitutive)



All'Azienda _____

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____
iscritto nella graduatoria regionale dei medici pediatri di libera scelta della Regione Autonoma Friuli Venezia
Giulia, valevole per l'anno 2021

chiede

l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di medici pediatri di libera scelta, ai sensi dell'articolo 33, comma 5,
lettera c), dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, come
modificato dall'A.C.N. 21.6.2018, e segnatamente per i seguenti ambiti:

- 1) Ambito _____ 2) Ambito _____
3) Ambito _____ 4) Ambito _____

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e
successive modifiche, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, del D.P.R. innanzi citato, per le ipotesi
di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché della decadenza dai benefici eventualmente
conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000
cit.), **dichiara** quanto segue:

-di essere nato/a a _____ prov. (____) in data _____

-di risiedere a _____ prov. (____)
via _____ n. _____ CAP _____ dal _____ (2)
tel: ____/____

indirizzo e mail _____ pec _____
Codice fiscale _____

-di essere/non essere (1) residente nella Regione Friuli Venezia Giulia (3) e precisamente dal _____ (4),
località di residenza _____ (4)

-di aver conseguito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti (specificare la
disciplina _____) in data _____ con voto _____ presso l'Università di
_____;

dichiara inoltre

All.2

1) di essere/non essere (1) titolare di un rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati:

Soggetto _____ ore settimanali _____

via _____ comune di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

periodo: dal _____ ;

2) di essere /non essere (1) titolare di un incarico come medico di medicina generale di assistenza primaria ai sensi dell'A.C.N. del 29.7.2009, con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

3) di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato/a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

4) di essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti accreditati (ex convenzionati esterni)

Azienda _____ branca _____ periodo dal _____

5) di essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato/a tempo determinato (1), nella Regione Friuli-Venezia Giulia o in altra regione:

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva/in forma di disponibilità (1)

6) di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione in medicina generale o corsi di specializzazione di cui ai D.L.vi n. 256/91, n. 257/91, n. 368/99 e n. 277/03, fatto salvo quanto previsto dalle norme vigenti in materia;

7) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Organismo _____

via _____ comune di _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo dal _____

8) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in strutture sanitarie private non convenzionate o non accreditate, soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo _____

via _____ comune di _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo dal _____

9) di svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____

via _____ comune di _____ periodo dal _____

10) di svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione, funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:

Azienda _____ comune di _____ periodo dal _____

11) di avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

All.2

_____ periodo dal _____
12) di essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

13) di fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14/10/76 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale
periodo dal _____

14) di svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)

Periodo dal _____

15) di essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato/a tempo indeterminato (1):

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

periodo dal _____

16) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente già dichiarato relativamente ai rapporti di cui ai precedenti numeri 1, 2, 3, 4, 5 e 15):

Soggetto pubblico _____

via _____ comune _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____

17) di essere/non essere (1) titolare di trattamento di pensione a carico di:

Periodo: dal _____

18) di fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____

Periodo dal _____

NOTE _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di accettare le prescrizioni dell'avviso e di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati.

Fatto salvo quanto specificatamente previsto nell'avviso, chiede che eventuali comunicazioni dirette inerenti alla presente domanda siano inoltrate presso:

l'indirizzo PEC _____

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

All.2

comune _____ () CAP _____
 via _____ n. _____ Tel. _____ / _____
 indirizzo e mail _____ pec _____

In fede.

data _____

Firma _____

(leggere le avvertenze)**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 _____

D I C H I A R A

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.

Data _____

Firma _____

NOTE

(1) Cancellare la parte che non interessa.

(2) Ai sensi dell'art. 33, comma 7, lettera b), dell'A.C.N., verranno attribuiti 6 punti al pediatra residente, nello stesso ambito territoriale dichiarato carente e per il quale concorre, fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda d'inclusione nella graduatoria regionale (31.1.2020) e che tale requisito abbia mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

(3) Ai sensi dell'art. 33, comma 7, lettera c), dell'A.C.N., verranno attribuiti 10 punti al pediatra residente nella Regione Friuli Venezia Giulia da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda d'inclusione nella graduatoria regionale (31.1.2020) e che tale requisito abbia mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

(4) Da compilare solo in caso affermativo.

AVVERTENZE

Ferme restando le disposizioni del presente avviso relativo agli incarichi vacanti di pediatri di libera scelta relativi all'anno 2021 nella Regione FVG – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2021, si ricorda:

- **a pena d'esclusione**, la presente domanda va sottoscritta e va allegata copia di un documento di identità in corso di validità (fronte-retro) in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non configura irregolarità formale sanabile;
- in base all'art. 15, della legge 12 novembre 2011, n. 183, "Le amministrazioni pubbliche e i gestori di pubblici servizi sono tenuti ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47,

All.2

nonché di tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti, ovvero ad accettare la dichiarazione sostitutiva prodotta dall'interessato." Pertanto, il dichiarante deve sempre indicare i dati informativi necessari, affinché si possa provvedere agli adempimenti di cui all'art. 71 del precitato D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni;

- **il termine perentorio di presentazione della domanda è di 20 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.** dell'avviso in parola;
- In considerazione delle attuali misure restrittive dettate dal Governo rispetto alla circolazione delle persone, legate all'emergenza sanitaria COVID-19, la domanda va presentata, entro il suddetto termine perentorio, esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata (PEC) personale dell'interessato al seguente indirizzo PEC dell'Azienda sanitaria territorialmente competente:
 - asugi@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI)
 - asufc@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC)
 - asfo.protgen@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO)

Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura "domanda incarichi vacanti di pediatria 2021- pubblicazione straordinaria 2021".

Ai fini dell'accertamento del rispetto dell'anzidetto termine, 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. Il termine ultimo di invio è fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso.

La domanda di partecipazione è sottoscritta con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure è sottoscritta manualmente, scannerizzata e presentata unitamente a copia scannerizzata di un documento di identità. Le scansioni sono in formato PDF.

Non è ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria oppure da PEC non personale, anche se indirizzate alla PEC dell'Azienda sanitaria territorialmente competente.

(parte da compilare da parte dell'Azienda sanitaria territorialmente competente)

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

1. Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda _____, rappresentata dal _____, via _____, cap. _____, provincia _____, e-mail: _____ PEC: _____
2. Responsabile della protezione dei dati (RDP) è il dott./dr.ssa _____, in qualità di direttore _____ per particolari funzioni, via _____, cap. _____, provincia _____, e-mail: _____
3. PEC: _____
4. 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 (General Data Protection Regulation) l'Azienda, 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.
5. Il trattamento dei dati forniti dagli interessati o, comunque, assunti in fase istruttoria è funzionale agli adempimenti connessi, strumentali e conseguenti alle procedure di cui al presente avviso. Il loro conferimento è indispensabile per le attività di cui sopra. Il loro eventuale mancato conferimento, la loro inesatta o parziale comunicazione preclude l'attività di gestione delle procedure di assegnazione degli incarichi in parola.
6. Il trattamento dei dati è effettuato avvalendosi sia di mezzi informatici che cartacei protetti e non accessibili al pubblico.
7. I dati forniti possono essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche nazionali per finalità connesse all'espletamento delle procedure di cui al presente avviso e/o per assolvere, nell'ambito dell'istruttoria, a obblighi previsti dalla normativa vigente.
8. 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, rivolgende le richieste all'Azienda competente.

All.3

SCHEMA DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI MEDICI PEDIATRI DI
LIBERA SCELTA – **PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2021**
**(per pediatri che hanno acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti
successivamente al 31.1.2020)**
(comprensivo di dichiarazioni sostitutive)



All'Azienda _____

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

chiede

l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di medici pediatri di libera scelta, ai sensi dell'articolo 33, comma 5, lettera d), dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, come modificato dall'A.C.N. 21.6.2018, e segnatamente per i seguenti ambiti:

- 1) Ambito _____ 2) Ambito _____
3) Ambito _____ 4) Ambito _____

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e successive modifiche, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, del D.P.R. innanzi citato, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 cit.), **dichiara** quanto segue:

-di essere nato/a a _____ prov. (____) in data _____

-di risiedere a _____ prov. (____) CAP _____

via _____ n. _____ tel: _____/_____

indirizzo e mail _____ pec _____

Codice fiscale _____

-di aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ voto _____

-di essere in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti (specificare la disciplina _____), conseguito successivamente alla data del 31.1.2020, presso l'Università degli Studi di _____

Data di conseguimento del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti _____ voto _____

Anni accademici di inizio e fine corso di specializzazione _____/_____

dichiara inoltre

1) di essere/non essere (1) titolare di un rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati:

All.3

Soggetto _____ ore settimanali _____
via _____ comune di _____
tipo di rapporto di lavoro _____
periodo: dal _____;

2) di essere /non essere (1) titolare di un incarico come medico di medicina generale di assistenza primaria ai sensi dell'A.C.N. del 29.7.2009, con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

3) di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato/a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

4) di essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti accreditati (ex convenzionati esterni)

Azienda _____ branca _____ periodo dal _____

5) di essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato/a tempo determinato (1), nella Regione Friuli-Venezia Giulia o in altra regione:

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____
in forma attiva/in forma di disponibilità (1)

6) di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione in medicina generale o corsi di specializzazione di cui ai D.L.vi n. 256/91, n. 257/91, n. 368/99 e n. 277/03, fatto salvo quanto previsto dalle norme vigenti in materia;

7) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Organismo _____
via _____ comune di _____ ore sett. _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo dal _____

8) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in strutture sanitarie private non convenzionate o non accreditate, soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo _____
via _____ comune di _____ ore sett. _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo dal _____

9) di svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____
via _____ comune di _____ periodo dal _____

10) di svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione, funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:

Azienda _____ comune di _____ periodo dal _____

11) di avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

_____ periodo dal _____

All.3

12) di essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

13) di fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14/10/76 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale

periodo dal _____

14) di svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)

Periodo dal _____

15) di essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato/a tempo indeterminato (1):

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

periodo dal _____

16) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente già dichiarato relativamente ai rapporti di cui ai precedenti numeri 1, 2, 3, 4, 5 e 15):

Soggetto pubblico _____

via _____ comune _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____

17) di essere/non essere (1) titolare di trattamento di pensione a carico di:

Periodo: dal _____

18) di fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____

Periodo dal _____

NOTE _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di accettare le prescrizioni dell'avviso e di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati.

Fatto salvo quanto specificatamente previsto nell'avviso, chiede che eventuali comunicazioni dirette inerenti alla presente domanda siano inoltrate presso:

l'indirizzo PEC _____

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

All.3

comune _____ () CAP _____
via _____ n. _____ Tel. _____ / _____
indirizzo e mail _____ pec _____

In fede.

data _____

Firma _____

(leggere le avvertenze)**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.

Data _____

Firma _____

NOTE

(1) Cancellare la parte che non interessa.

AVVERTENZE

Ferme restando le disposizioni del presente avviso relativo agli incarichi vacanti "straordinari" di pediatri di libera scelta relativi all'anno 2021 nella Regione FVG, si ricorda:

- **a pena d'esclusione**, la presente domanda va sottoscritta e va allegata copia di un documento di identità in corso di validità (fronte-retro) in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non configura irregolarità formale sanabile;
- in base all'art. 15, della legge 12 novembre 2011, n. 183, "Le amministrazioni pubbliche e i gestori di pubblici servizi sono tenuti ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47, nonché di tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti, ovvero ad accettare la dichiarazione sostitutiva prodotta dall'interessato." Pertanto, il dichiarante **deve sempre indicare i dati informativi necessari**, affinché si possa provvedere agli adempimenti di cui all'art. 71 del precitato D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni;
- **il termine perentorio di presentazione della domanda è di 20 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.** dell'avviso in parola;
- In considerazione delle attuali misure restrittive dettate dal Governo rispetto alla circolazione delle persone, legate all'emergenza sanitaria COVID-19, la domanda va presentata, **entro il suddetto termine perentorio**.

All.3

esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata (PEC) personale dell'interessato al seguente indirizzo PEC dell'Azienda sanitaria territorialmente competente:

- asugi@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI)
- asufc@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC)
- asfo.protgen@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO)

Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura "domanda incarichi vacanti di pediatria 2021- pubblicazione straordinaria 2021".

Ai fini dell'accertamento del rispetto dell'anzidetto termine, 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. Il termine ultimo di invio è fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso.

La domanda di partecipazione è sottoscritta con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure è sottoscritta manualmente, scannerizzata e presentata unitamente a copia scannerizzata di un documento di identità. Le scansioni sono in formato PDF.

Non è ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria oppure da PEC non personale, anche se indirizzate alla PEC dell'Azienda sanitaria territorialmente competente.

(parte da compilare da parte dell'Azienda sanitaria territorialmente competente)

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

1. Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda _____, rappresentata dal _____, via _____, cap. _____, provincia _____, e-mail: _____, PEC: _____.
2. Responsabile della protezione dei dati (RDP) è il dott./dr.ssa _____, in qualità di direttore _____ per particolari funzioni, via _____, cap. _____, provincia _____, e-mail: _____, PEC: _____.
3. 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 (General Data Protection Regulation) l'Azienda, 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.
4. Il trattamento dei dati forniti dagli interessati o, comunque, assunti in fase istruttoria è funzionale agli adempimenti connessi, strumentali e conseguenti alle procedure di cui al presente avviso. Il loro conferimento è indispensabile per le attività di cui sopra. Il loro eventuale mancato conferimento, la loro inesatta o parziale comunicazione preclude l'attività di gestione delle procedure di assegnazione degli incarichi in parola.
5. Il trattamento dei dati è effettuato avvalendosi sia di mezzi informatici che cartacei protetti e non accessibili al pubblico.
6. I dati forniti possono essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche nazionali per finalità connesse all'espletamento delle procedure di cui al presente avviso e/o per assolvere, nell'ambito dell'istruttoria, a obblighi previsti dalla normativa vigente.
7. 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 all'Azienda competente.

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
PARTE I-II-III (fascicolo unico)

DIREZIONE E REDAZIONE (pubblicazione atti nel B.U.R.)

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
PRESIDENZA DELLA REGIONE
SEGRETARIATO GENERALE - SERVIZIO AFFARI DELLA PRESIDENZA E DELLA GIUNTA
Piazza dell'Unità d'Italia 1 - 34121 Trieste
Tel. +39 040 377.3607
Fax +39 040 377.3554
e-mail: ufficio.bur@regione.fvg.it

AMMINISTRAZIONE (spese di pubblicazione atti nella parte terza del B.U.R. e fascicoli)

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
DIREZIONE CENTRALE PATRIMONIO, DEMANIO, SERVIZI GENERALI E SISTEMI INFORMATIVI - SERVIZIO LOGI-
STICA, PROTOCOLLO, VIGILANZA COOPERATIVE E SERVIZI GENERALI
Corso Cavour 1 - 34132 Trieste
Tel. +39 040 377.2016
Fax +39 040 377.2383
e-mail: logistica@regione.fvg.it
logistica@certregione.fvg.it

**PREZZI E CONDIZIONI in vigore dal 1° gennaio 2010
(ai sensi della delibera G.R. n. 2840 dd. 17 dicembre 2009)**

INSERZIONI NELLA PARTE TERZA DEL B.U.R.

Si precisa che ai sensi della normativa vigente per le pubblicazioni del B.U.R.:

- gli atti destinati alla pubblicazione che pervengono alla Redazione del B.U.R. entro le ore 16.00 del lunedì, sono pubblicati il secondo mercoledì successivo;
- i testi degli atti da pubblicare devono pervenire alla Redazione tramite il servizio telematico che è disponibile attraverso accesso riservato ad apposita sezione del portale internet della Regione. L'inoltro dei documenti via mail o in forma cartacea è ammesso solo in caso di motivata impossibilità organizzativa o tecnica di trasmissione;
- la pubblicazione degli atti, QUALORA OBBLIGATORIA ai sensi della normativa vigente, È EFFETTUATA SENZA ONERI per i richiedenti, anche se privati (art. 11, comma 31, della L.R. 11 agosto 2011, n. 11). In tal caso nella richiesta di pubblicazione deve essere indicata la norma che la rende obbligatoria;
- la procedura telematica consente, ove la pubblicazione NON SIA OBBLIGATORIA ai sensi della normativa vigente, di determinare direttamente il costo della pubblicazione che il richiedente è tenuto ad effettuare in via posticipata; l'inoltro del documento via mail o in forma cartacea - ammesso solo in caso di motivata impossibilità organizzativa o tecnica dei soggetti estensori - comporta l'applicazione di specifiche tariffe più sotto dettagliate;
- **gli atti da pubblicare, qualora soggetti all'imposta di bollo, devono essere trasmessi anche nella forma cartacea in conformità alla relativa disciplina;**
- Il calcolo della spesa di pubblicazione è determinato in base al numero complessivo dei caratteri, spazi, simboli di interlinea, ecc. che compongono il testo ed eventuali tabelle da pubblicare. Il relativo conteggio è rilevabile tramite apposita funzione nel programma MS Word nonché direttamente dal modulo predisposto nella sezione dedicata nel portale della Regione (fatti salvi la diversa tariffa ed il relativo calcolo previsto per le tabelle e tipologie di documento prodotte in un formato diverso da MS Word);
- a comprova, dovrà essere inviata la copia della ricevuta quietanzata alla Direzione centrale autonomie locali, sicurezza e politiche dell'immigrazione - Servizio logistica, e servizi generali - Ufficio amministrazione BUR - Corso Cavour, 1 - 34132 Trieste - FAX n. +39 040 377.2383 - utilizzando il modulo stampabile dal previsto link a conclusione della procedura di trasmissione della richiesta di pubblicazione eseguita tramite il portale internet della Regione.

Le tariffe unitarie riferite a testi e tabelle **PRODOTTI IN FORMATO MS WORD** sono applicate secondo le seguenti modalità:

TIPO TARIFFA	MODALITÀ TRASMISSIONE TESTO	TIPO PUBBLICAZIONE	TARIFFA UNITARIA PER CARATTERE, SPAZI, ECC.
A)	Area riservata PORTALE	NON OBBLIGATORIA	€ 0,05
B)	Via e-mail a Redazione BUR	NON OBBLIGATORIA	€ 0,08
C)	Cartaceo (inoltrato postale/fax)	NON OBBLIGATORIA	€ 0,15

- Il costo per la pubblicazione di tabelle e tipologie di documenti **PRODOTTI IN FORMATO DIVERSO DA MS WORD** sarà computato forfetariamente con riferimento alle succitate modalità di trasmissione e tipo di pubblicazione. Nella fattispecie, le sottoriportate tariffe saranno applicate per ogni foglio di formato A/4 anche se le dimensioni delle tabelle, ecc. non dovessero occupare interamente il foglio A/4:

TIPO TARIFFA	MODALITÀ TRASMISSIONE TESTO	TIPO PUBBLICAZIONE	TARIFFA UNITARIA PER FOGLIO A/4 INTERO O PARTE
A/tab)	Area riservata PORTALE	NON OBBLIGATORIA	€ 150,00
B/tab)	Via e-mail a Redazione BUR	NON OBBLIGATORIA	€ 210,00
C/tab)	Cartaceo (inoltrato postale/fax)	NON OBBLIGATORIA	€ 360,00

- **Tutte le sopraindicate tariffe s'intendono I.V.A. esclusa**

FASCICOLI

PREZZO UNITARIO DEL FASCICOLO

- formato CD € 15,00
- formato cartaceo con volume pagine inferiore alle 400 € 20,00
- formato cartaceo con volume pagine superiore alle 400 € 40,00

PREZZO UNITARIO del CD contenente la raccolta di tutti i fascicoli pubblicati in un trimestre solare € 35,00
PREZZO UNITARIO del CD contenente la raccolta di tutti i fascicoli pubblicati in un anno solare € 50,00

PREZZI DELLA FORNITURA DEI PRODOTTI CON DESTINAZIONE ESTERO COSTO AGGIUNTIVO € 15,00

TERMINI PAGAMENTO delle suddette forniture

IN FORMA ANTICIPATA

I suddetti prezzi si intendono comprensivi delle spese di spedizione

La fornitura di fascicoli del BUR avverrà previo pagamento ANTICIPATO del corrispettivo prezzo nelle forme in seguito precisate. A comprova dovrà essere inviata al sottoriportato ufficio la copia della ricevuta quietanzata:

DIREZIONE CENTRALE PATRIMONIO, DEMANIO, SERVIZI GENERALI E SISTEMI INFORMATIVI - SERVIZIO LOGISTICA, PROTOCOLLO, VIGILANZA COOPERATIVE E SERVIZI GENERALI - CORSO CAVOUR, 1 - 34132 TRIESTE
FAX N. +39 040 377.2383 E-MAIL: logistica@regione.fvg.it
logistica@certregione.fvg.it

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Le spese di pubblicazione degli avvisi, inserzioni, ecc. nella parte terza del B.U.R. e i pagamenti dei fascicoli B.U.R. dovranno essere effettuati mediante:

- a) versamento del corrispettivo importo sul conto corrente postale n. **85770709**.
- b) bonifico bancario cod.IBAN **IT 56 L 02008 02230 000003152699**

Entrambi i suddetti conti hanno la seguente intestazione:

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia - Servizio Tesoreria - Trieste

OBBLIGATORIAMENTE dovrà essere indicata la riferita causale del pagamento, così dettagliata:

- per spese pubbl. avvisi, ecc. **CAP/E 708 - INSERZ. BUR (riportare sinteticamente il titolo dell'inserzione)**
- per acquisto fascicoli B.U.R. **CAP/E 709 - ACQUISTO FASCICOLO/I BUR**

Al fine della trasmissione dei dati necessari e della riferita attestazione del pagamento sono predisposti degli appositi moduli scaricabili dal sito Internet:

www.regione.fvg.it -> **bollettino ufficiale**, alle seguenti voci:

- **pubblica sul BUR (utenti registrati):** *il modulo è stampabile ad inoltro eseguito della richiesta di pubblicazione tramite il portale*
- **acquisto fascicoli:** *modulo in f.to DOC*

DEMETRIO FILIPPO DAMIANI - Direttore responsabile
GIANNI CORTIULA - Responsabile di redazione
iscrizione nel Registro del Tribunale di Trieste n. 818 del 3 luglio 1991

in collaborazione con insiel spa

impaginato con Adobe Indesign CS5®

stampa: DIREZIONE CENTRALE PATRIMONIO, DEMANIO, SERVIZI GENERALI E SISTEMI INFORMATIVI - SERVIZIO LOGISTICA, PROTOCOLLO, VIGILANZA COOPERATIVE E SERVIZI GENERALI - SERVIZIO LOGISTICA, PROTOCOLLO, VIGILANZA COOPERATIVE E SERVIZI GENERALI
STRUTTURA STABILE GESTIONE DELLE ATTIVITÀ DI ELABORAZIONE E STAMPA PUBBLICAZIONI INTERNE ED ESTERNE PER L'AMMINISTRAZIONE REGIONALE E PER IL CONSIGLIO REGIONALE NON RIGUARDANTI I LAVORI D'AULA