RIAPERTURA TERMINI DELL'AVVISO PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI AMMISSIONE AL CORSO DI FORMAZIONE PER IL CONSEGUIMENTO DELL'IDONEITA' ALLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.

In esecuzione della Determina ASURDG n. 196 del 15/03/2022 è stata disposta la nuova pubblicazine dell'Avviso approvato con ASURDG n. 77 del 02/02/2022 per la riapertura dei termini di presentazione delle domande di ammissione al corso di formazione per il conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale (118).

Il corso si svolge presso l'ASUR che si avvale delle aree vaste per l'espletamento del training formativo.

Il contingente complessivo dei medici da ammettere è di 100 unità.

In relazione al numero di medici che manifestano il loro effettivo interesse alla partecipazione al corso in risposta al presente avviso potranno essere attivate una o più edizioni. Per esigenze organizzative la prima edizione sarà attivata per un massimo di 48 unità.

Per essere ammessi al corso, gli aspiranti devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

- Diploma di Laurea in medicina e chirurgia;

- Diploma di abilitazione all'esercizio della professione;

- Iscrizione all'Ordine dei Medici chirurghi e degli odontoiatri;

- Essere in una delle condizioni previste nell'allegato B al presente bando "ordine di ammissione al corso di formazione per il conseguimento dell'idoneità allo svolgimento dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale".

Per tutte le categorie, laddove è previsto il possesso della residenza nella Regione Marche, essa è da intendersi alla data di pubblicazione dell'Avviso sul BURM.

I suddetti requisiti, ad eccezione della residenza, devono essere posseduti alla data di scadenza del termine utile per la presentazione della domanda di ammissione. La residenza nella Regione Marche deve essere posseduta alla data di pubblicazione dell'Avviso sul BURM.

Sono esclusi dalla partecipazione i medici già in possesso di attestato di idoneità all'esercizio delle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale e i medici che sono iscritti a scuole universitarie di specializzazione o al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs 368/99 e succ. modifiche e integrazioni.

Le domande di ammissione all'avviso, indirizzate al Direttore Generale dell'Asur, devono essere redatte in carta semplice secondo lo schema allegato (ALLEGATO A) ed essere trasmesse, unitamente alla copia di un documento di identità in corso di validità , tassativamente tramite posta elettronica certificata personale del candidato, entro il termine di scadenza dell'avviso, esclusivamente all'indirizzo di posta elettronica certificata **asur@emarche.it**.

Il candidato dovrà essere titolare della casella di posta elettronica certificata utilizzata per l'invio della domanda.

La domanda e gli ulteriori documenti trasmessi via P.E.C devono essere in formato PDF. La dimensione della mail comprensiva di allegato non dovrà superare i 30 MB. Al fine di non eccedere nella dimensione dell'allegato si consiglia di non inserire nel PDF fotografie o scansioni di altissima qualità. Le domande inviate da una casella di posta elettronica non certificata o che non soddisfino i requisiti sopra indicati di formato, saranno considerate irricevibili, con conseguente esclusione dalla partecipazione al corso. La validità della trasmissione e ricezione del messaggio di posta elettronica certificata è attestata dalla ricevuta di avvenuta consegna.

Nella PEC di trasmissione della domanda, nell'oggetto deve essere riportata la seguente dicitura: "Domanda di ammissione al corso di emergenza".

La domanda dovrà essere sottoscritta con firma digitale del candidato con certificato rilasciato da certificatore accreditato, oppure sottoscritta con firma autografa del candidato e successivamente trasformata in PDF.

L'Amministrazione non assume responsabilità in caso di impossibilità di apertura di file di formato diverso da quello indicato, ovvero rilevati come difettosi dal sistema.

Il nuovo termine per la presentazione delle domande è di 10 giorni a decorrere dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente avviso sul BURM.

Qualora detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

Il termine di presentazione delle domande è perentorio **(scadenza: il 28/03/2022)**

L'Amministrazione declina sin d'ora ogni responsabilità per le domande inviate tramite PEC e non leggibili dal Sistema PALEO di Protocollo Informatico in quanto trasmesse in formati diversi da quelli sopra indicati.

L'ammissione degli aspiranti al corso avviene, fino a copertura dei 100 posti disponibili, secondo l'ordine previsto nell'allegato B al presente bando "ordine di ammissione al corso di formazione per il conseguimento dell'idoneità allo svolgimento dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale". La relativa graduatoria è redatta secondo l'ordine previsto nel medesimo allegato B.

I medici vengono assegnati alle diverse sedi per l'espletamento di training guidato sulla base dell'ordine di graduatoria e delle preferenze espresse nella domanda di ammissione, in relazione alle esigenze organizzative.

Ai fini della partecipazione al training guidato i partecipanti devono essere in regola con gli obblighi vaccinali previsti dalla normativa nel tempo vigenti per gli esercenti le professioni sanitarie.

Il corso e gli esami finali si svolgono sulla base del programma formativo e delle disposizioni approvate dalla Giunta regionale.

Al termine del corso, ai medici che conseguiranno il giudizio di idoneità dinanzi ad apposita Commissione d'esame, verrà rilasciato il relativo attestato di formazione, secondo il modello approvato dalla Giunta regionale.

Per la partecipazione al corso, i medici ammessi, dovranno essere coperti da polizza assicurativa per il rischio di infortuni che dovessero subire nell'ambito delle attività didattiche (cognitive e pratiche) e da polizza assicurativa per il rischio della responsabilità civile terzi connesso alle medesime attività didattiche (cognitive e pratiche). Le relative polizze sono stipulate direttamente dai partecipanti con onere a loro carico.

Per la partecipazione al corso, ogni medico ammesso, è tenuto a versare all'ASUR la somma di Euro 1.500,00 + IVA se dovuta entro e non oltre dieci giorni dalla data di comunicazione dell'avvenuta ammissione al Corso, pena l'esclusione dal corso stesso. Contestualmente all'ammissione verranno comunicate le modalità per effettuare il versamento. Tale quota corrisposta dal medico per la partecipazione al corso, sarà rimborsata dall'ASUR a seguito di convenzionamento per l'attività di emergenza sanitaria territoriale. Tale rimborso sarà effettuato di norma entro 6 mesi a decorrere dalla data di convenzionamento.

Ai medici partecipanti non è riconosciuta alcuna retribuzione o borsa di studio.

I medici appartenenti alle categorie dalla n. 6 alla n. 11, ammessi a frequentare il corso e che conseguiranno l'idoneità allo svolgimento dell'attività di emergenza, potranno acquisire il convenzionamento a tempo indeterminato solo a seguito dell'entrata in possesso dei requisiti di cui all'art. 92 dell'ACN di categoria. Si precisa in proposito che l'art. 92, commi 4 e 5 dell'A. C. N. sopra citato stabilisce che oltre all'apposito Attestato di Idoneità all'Emergenza Sanitaria Territoriale previsto dall'art. 96, per accedere al

convenzionamento a tempo indeterminato è necessario essere inclusi nella graduatoria regionale dei medici aspiranti al convenzionamento per l'anno in corso di cui al medesimo A.C.N..

L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare o riaprire i termini, modificare, sospendere, revocare o annullare il presente avviso, ovvero di non procedere all'attivazione del corso, qualora se ne ravvisi l'opportunità e necessità, senza che gli interessati possano avanzare pretese o diritti di sorta.

Con la partecipazione al presente avviso è implicita, da parte dei concorrenti, l'accettazione senza riserve di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente avviso.

Ai sensi del Nuovo Regolamento Europeo in materia di privacy (n. 2016/679) e del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., si informano i partecipanti alla presente procedura che i dati personali e sensibili ad essi relativi saranno oggetto di trattamento da parte dell'Azienda con modalità sia manuale sia informatizzata, al fine di poter assolvere tutti gli adempimenti collegati alla presente procedura.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr.ssa Nadia Storti)

ALLEGATO A – *DOMANDA DI AVVISO PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI FORMAZIONE PER IL CONSEGUIMENTO DELL'IDONEITA' ALLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE*

Al Direttore Generale dell'ASUR Marche

Via Oberdan, n. 2

60122 Ancona (AN)

asur@emarche.it

Il/la sottoscritto/a _____

C.F. _____

CHIEDE

di essere ammesso al corso di formazione per il conseguimento dell'idoneità allo svolgimento dell'attività di emergenza sanitaria territoriale.

A tale fine, consapevole delle conseguenze penali previste per le ipotesi di falsità in atti o di dichiarazioni mendaci (art. 76 comma 1 –DPR 445/2000) e consapevole, inoltre, che la non veridicità del contenuto della dichiarazione comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000), ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

1. di essere nato/a a _____ (Prov. ___) il_____;

2. di essere titolare della seguente casella di posta elettronica certificata _____, a cui verranno inviate tutte le comunicazioni relative alla presente procedura;

3. di essere residente a _____ (Prov. ___) CAP_____ in Via _____n. _____ recapiti telefonici: _____;

4. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;

5. di essere in possesso del Diploma di abilitazione all 'esercizio professionale conseguito presso l'Università degli Studi di _____ anno/sessione_____;

6. di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____ al n. _____ dal _____;

7. di non essere già in possesso di analogo attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;

8. di non essere iscritto a scuole universitarie di specializzazione o al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs 368/99 e succ modifiche e integr.;

9.1 di essere residente nella Regione Marche alla data di pubblicazione dell'Avviso e di essere incaricato nel servizio di continuità assistenziale a tempo indeterminato presso l'ASUR Regione Marche/Area Vasta n. ____ (sede incarico) _____ a decorrere dal _____;

oppure:

9.2 di essere residente nella Regione Marche alla data di pubblicazione dell'avviso e di essere incaricato nel servizio di continuità assistenziale a tempo indeterminato presso l'Azienda USL n. _____ di _____ della Regione _____ a decorrere dal _____;

oppure:

9.3 di essere residente nel Comune di _____ (Prov. ____) appartenente ad Azienda Sanitaria limitrofa alla Regione Marche e di essere incaricato nel servizio di continuità assistenziale a tempo indeterminato presso l'ASUR Regione Marche/Area Vasta n. ____ (sede incarico) _____ a decorrere dal _____;

oppure:

9.4 di essere residente nella Regione Marche alla data di pubblicazione dell'Avviso e di essere iscritto nella graduatoria vigente della Regione Marche dei medici aspiranti al convenzionamento nell'ambito della medicina generale - con punti _____;

oppure:

9.5 di non essere residente nella Regione Marche alla data di pubblicazione dell'Avviso e di essere iscritto nella graduatoria vigente della Regione Marche dei medici aspiranti al convenzionamento nell'ambito della medicina generale - con punti _____;

oppure:

9.6 di essere residente nella Regione Marche alla data di pubblicazione dell'avviso, di essere in possesso dell'Attestato/Diploma di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs 368/99 conseguito nella Regione Marche in data _____ e di non essere iscritto nella graduatoria vigente della Regione Marche dei medici aspiranti al convenzionamento nell'ambito della medicina generale;

oppure:

9.7 di essere residente nella Regione Marche alla data di pubblicazione dell'Avviso, di essere in possesso dell'Attestato/Diploma di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.Lgs 368/99 conseguito nella Regione _____ in data _____ e di non essere iscritto nella graduatoria vigente della Regione Marche dei medici aspiranti al convenzionamento nell'ambito della medicina generale;

oppure:

9.8 di non essere residente nella Regione Marche, di essere in possesso dell'Attestato/Diploma di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.Lgs. 368/99 conseguito nella Regione Marche in data _____ e di non essere iscritto nella graduatoria vigente della Regione Marche dei medici aspiranti al convenzionamento nell'ambito della medicina generale;

oppure:

9.9 di non essere iscritto nella graduatoria vigente della Regione Marche dei medici aspiranti al convenzionamento nell'ambito della medicina generale, di essere residente nella Regione Marche alla data di pubblicazione dell'avviso e di aver svolto i seguenti incarichi a tempo determinato o di sostituzione nell' ASUR-Area Vasta e A.O. della Regione Marche, negli ultimi 5 anni per almeno 12 mesi

- di continuità assistenziale:

ASUR-Area Vasta n. ___ (sede incarico) _____dal _____ al _____ tot ore _____

ASUR-Area Vasta n. ___ (sede incarico) _____dal _____ al _____ tot ore _____

ASUR-Area Vasta n. ___ (sede incarico) _____dal _____ al _____ tot ore _____

ASUR-Area Vasta n. ___ (sede incarico) _____dal _____ al _____ tot ore _____

_____

- di emergenza sanitaria territoriale:

ASUR-Area Vasta n. ___ (sede incarico) _____dal _____ al _____ tot ore _____

ASUR-Area Vasta n. ___ (sede incarico) _____dal _____ al _____ tot ore _____

ASUR-Area Vasta n. ___ (sede incarico) _____dal _____ al _____ tot ore _____

ASUR-Area Vasta n. ___ (sede incarico) _____dal _____ al _____ tot ore _____

_____

oppure:

9.10 di non essere iscritto nella graduatoria vigente della Regione Marche dei medici aspiranti al convenzionamento nell'ambito della medicina generale, di essere residente nella Regione Marche alla data di pubblicazione dell'avviso, di aver svolto i seguenti incarichi presso i Pronti Soccorso e punti di primo intervento nell' ASUR-Area Vasta e A.O. della Regione Marche, negli ultimi 5 anni per almeno 12 mesi:

ASUR-Area Vasta n. ___ (sede incarico) _____dal _____ al _____ tot ore _____

ASUR-Area Vasta n. ___ (sede incarico) _____dal _____ al _____ tot ore _____

ASUR-Area Vasta n. ___ (sede incarico) _____dal _____ al _____ tot ore _____

ASUR-Area Vasta n. ___ (sede incarico) _____dal _____ al _____ tot ore _____

_____

oppure:

9.11 di non essere iscritto nella graduatoria vigente della Regione Marche dei medici aspiranti al convenzionamento nell'ambito della medicina generale, di essere residente nella Regione Marche alla data di pubblicazione dell'avviso, di non essere dipendente del S.S.N. a tempo indeterminato e di non essere titolare di convenzionamento a tempo indeterminato con il S.S.N. .

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che:

la graduatoria per la copertura dei n. 100 posti disponibili è redatta sulla base dell'ordine di ammissione previsto nell'apposito allegato all'avviso e che la sede per l'espletamento del training guidato sarà assegnata sulla base dell'ordine di graduatoria e delle preferenze espresse nella presente domanda di ammissione, in relazione alle esigenze organizzative.

A tale riguardo, si indica il seguente ordine di preferenza:(gli ambiti di reclutamento riguardano Area Vasta n.1, Area Vasta n. 2, Area Vasta n. 3, Area Vasta n. 4, Area Vasta n. 5)

ORDINE DI PREFERENZA	**AREA VASTA**
Prima Preferenza	
Seconda Preferenza	
Terza Preferenza	
Quarta Preferenza	
Quinta Preferenza	

10. di autorizzare il trattamento di tutti i dati personali di cui l'Amministrazione sia venuta in possesso in relazione alle procedure selettive ai sensi del nuovo Regolamento Europeo in materia di privacy (n. 679/2016) e del D.Lgs. 30/6/2003 n. 196 e s.m.i.

11. Il/La sottoscritto/a, inoltre, allega alla presente domanda fotocopia documento di identità in corso di validità;

Il/La candidato/a dichiara di avere preso visione dei contenuti delL'AVVISO e di tutte le clausole in eso contenute.

Data _____

FIRMA AUTOGRAFA leggibile e per esteso o FIRMA DIGITALE certificata

_____

ALLEGARE FOTOCOPIA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA