



AVVISO PUBBLICO
PER L'AMMISSIONE AL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA
GENERALE (2022/2025) DELLA REGIONE SARDEGNA
DEI MEDICI DELLA POLIZIA DI STATO, DEL CORPO NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO,
DEGLI UFFICIALI MEDICI DELLE FORZE ARMATE E DEL CORPO DELLA GUARDIA DI
FINANZA,
ART. 23 DEL D.L. 228 DEL 30/12/2021

Art. 1 - Contingente

1. Nella Regione Sardegna, è indetto il presente avviso per l'ammissione, fuori contingente e senza borsa di studio, al corso triennale di formazione specifica in medicina generale 2022/2025, per i medici della Polizia di Stato, del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, degli Ufficiali Medici delle Forze armate, del Corpo della Guardia di Finanza presso le due sedi didattiche di Cagliari e Sassari, in possesso dei requisiti di cui all'articolo successivo.

Art. 2 - Requisiti di ammissione

- 1 Per l'ammissione al corso, il candidato deve essere in possesso di:
 - a) diploma di laurea in medicina e chirurgia;
 - b) abilitazione all'esercizio della professione in Italia;
 - c) iscrizione all'albo professionale dei medici chirurghi di un ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Repubblica Italiana;

nonché obbligatoriamente

- d) **essere** in servizio permanente ed effettivo presso uno dei Corpi di cui all'art. 1 con almeno quattro anni di anzianità.

Art. 3 - Domanda e termine di presentazione

1. L'Ufficiale medico, per essere ammesso in applicazione dell'art. 23 del D.L. n. 228 del 30.12.21, fuori contingente e senza borsa di studio, al corso di formazione specifica in medicina generale, triennio 2022-2025 deve presentare domanda, utilizzando il relativo modulo di domanda (Allegato 2).
2. La domanda di ammissione deve essere prodotta, a pena di irricevibilità, esclusivamente via PEC, con invio al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata: san.dgsan@pec.regione.sardegna.it.

3. La domanda dovrà essere presentata entro il termine di 30 giorni, a decorrere **dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della Sardegna (B.U.R.A.S.)**. Il candidato può fare domanda di accesso al corso in una sola delle Regioni o Province autonome.
4. Nella compilazione della domanda il candidato dovrà dichiarare sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, e a pena di inammissibilità della domanda:
- a) il proprio cognome, nome, luogo e data di nascita e codice fiscale;
 - b) il luogo di residenza;
 - c) di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito in Italia o all'estero, indicando l'Università che lo ha rilasciato, il giorno, il mese e l'anno in cui è stato conseguito nonché la votazione finale espresso su base 100 o 110;
 - d) di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale in Italia, indicando l'università presso cui è stata conseguita, il giorno, il mese e l'anno di conseguimento, ovvero la sessione di espletamento dell'esame;
 - e) di essere iscritto all'albo professionale di un ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Repubblica Italiana, indicando la provincia di iscrizione;
 - f) di essere a conoscenza che il requisito di cui alla lett. e) deve essere posseduto alla data di inizio ufficiale del corso (*qualora il candidato dichiara di non essere iscritto all'ordine*), pena la non ammissione allo stesso;
 - g) di non avere presentato domanda di ammissione per il corso di formazione specifica in medicina generale in altra Regione o Provincia Autonoma;
 - h) di non essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia o a dottorati di ricerca;
 - i) di avere un'anzianità di servizio di almeno quattro anni;
 - j) di essere in servizio permanente effettivo in uno dei Corpi di cui all'art. 1. e indicare città, indirizzo, recapiti telefonici, e-mail e Pec della sede presso la quale svolge il servizio.
5. La domanda dovrà essere sottoscritta dal candidato. Alla domanda dovrà essere allegata, copia di un **documento di identità in corso di validità, a pena di inammissibilità della domanda.**
6. Il candidato deve indicare nella domanda l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (nominativa personale e inequivocabilmente riconducibile all'interessato) che, per tutta la durata della presente procedura selettiva e del corso, costituirà domicilio digitale presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione. Il candidato dovrà comunicare le eventuali variazioni di domicilio, anche digitale, o recapito che si verifichino successivamente alla presentazione della domanda, e prima della pubblicazione della graduatoria, al seguente indirizzo PEC san.dgsan@pec.regione.sardegna.it, precisando nell'oggetto il seguente riferimento: "Avviso corso di formazione specifica in Medicina Generale triennio 2022/2025".

7. L'Amministrazione non si assume responsabilità dipendenti da inesatte indicazioni del candidato oppure mancato o tardivo aggiornamento dei recapiti indicati nella domanda, né per eventuali disguidi informatici comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.
8. Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per l'ipotesi di dichiarazioni mendaci, qualora dai controlli emerga la non veridicità della dichiarazione rese dal candidato che presenta la domanda, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000, il medesimo decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Art. 4 - Tutela dati personali

1. I dati personali relativi ai candidati saranno trattati ai sensi del Regolamento Europeo sulla Protezione Dati GDPR 2016/679 e delle disposizioni nazionali in materia, in particolare il Decreto Legislativo 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) come modificato dal Decreto Legislativo 101 del 10 agosto 2018.
2. A tal proposito il candidato dovrà dichiarare nella domanda di aver preso visione dell'informativa, relativa al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento europeo n. 679/2016.

Art. 5 - Posta Elettronica Certificata

1. Il candidato, come disposto dal comma 7, art. 16 del D.L. 185/2008 convertito con Legge n. 2/2009, per tutta la durata della procedura selettiva e del corso, dovrà necessariamente avere un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) attivo, personale, obbligatoriamente riconducibile univocamente alla propria persona, rilasciato da gestore ufficiale riconosciuto che costituirà, ai sensi del comma 4, art. 3-bis del D. Lgs. 82/2005 il proprio domicilio digitale.
2. Il candidato dovrà comunicare le eventuali variazioni di domicilio, anche digitale, o recapito che si verifichino successivamente alla presentazione della domanda. L'amministrazione non si assume responsabilità dipendenti da inesatte indicazioni del candidato oppure mancato o tardivo aggiornamento dei recapiti indicati nella domanda, né per eventuali disguidi informatici comunque imputabili a terzi, a caso fortuito o forza maggiore.
3. La mancata consultazione da parte del candidato della propria casella di posta elettronica certificata esonera l'amministrazione da ogni responsabilità.

Art. 6- Irricevibilità della domanda, cause di esclusione e di mancato inserimento nella graduatoria riservata

1. Sono irricevibili le domande presentate in forma e/o con modalità diverse da quelle previste all'art. 3 del presente avviso.
2. Sono esclusi i candidati non in possesso dei requisiti previsti dall'art. 2, comma 1, lett. a), b), c), d) nelle relative tempistiche previste.
3. L'irricevibilità della domanda e la mancata ammissione al corso saranno resi noti al candidato tramite comunicazione personale all'indirizzo PEC dallo stesso indicato nella domanda.

Art. 7 - Ammissione al corso

1. Nella comunicazione di ammissione al corso, inviata alla PEC indicata dal candidato, verrà indicata la data di avvio ufficiale del corso di formazione e verranno specificate anche le modalità e le tempistiche per accettare o rifiutare l'inserimento nel corso.
2. Entro 3 giorni lavorativi a decorrere dal giorno seguente alla trasmissione della comunicazione di cui al comma precedente, il candidato dovrà far pervenire l'accettazione o il rifiuto all'inserimento al Corso con le modalità indicate nella medesima comunicazione ed inoltre dovrà indicare la sede didattica, tra Cagliari e Sassari, in cui intende frequentare il corso. Il candidato, nel caso di mancata accettazione o mancato riscontro entro il termine suddetto, si considera decaduto.
3. Il medico iscritto a scuole di specializzazione in medicina e chirurgia o a dottorati di ricerca, è ammesso a frequentare il corso subordinatamente alla dichiarazione con la quale l'interessato:
 - esplicita la volontà di intraprendere il corso triennale previsto per la formazione specifica in Medicina Generale, che comporta impegno a tempo pieno;
 - rinuncia al percorso formativo specialistico o al dottorato di ricerca già intrapreso, incompatibile.

Art. 8 - Disciplina del corso - rinvio

1. Il medico in formazione indica, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, alla sede formativa di assegnazione il responsabile della propria amministrazione cui compete la certificazione e la trasmissione delle ore di attività pratiche svolte, secondo le modalità e le tempistiche indicate dalla Regione Sardegna.
2. Il medico, ai sensi dell'art. 23 del D.L. 228 del 30/12/2021, iscritto al CFSMG è tenuto a seguire le ore di formazione teorica con le stesse modalità previste per gli altri medici in formazione della Regione Sardegna.
3. Le attività teoriche sono valutate analogamente a quanto previsto per gli altri medici in formazione secondo le indicazioni della Regione Sardegna.
4. Il conseguimento del titolo di diploma di formazione specifica in medicina generale per il medico in formazione avverrà con le modalità previste dal combinato disposto del D. lgs. n. 368/99 e del D.M. Salute del 7 marzo 2006 e successive modificazioni (superamento con esito positivo di tutte le fasi formative previste dal corso, predisposizione della tesi e discussione della stessa in sede di colloquio finale).
5. Il medico, per essere ammesso al corso, in applicazione dell'art. 23 del D.L. n. 228 del 30.12.21, fuori contingente e senza borsa di studio, al corso di formazione specifica in medicina generale, triennio 2022-2025 deve presentare domanda utilizzando il relativo modulo (Allegato 2).

Art. 9 – Attività lavorative e frequenza del corso

1. Il medico in formazione è tenuto a garantire la regolare frequenza a tempo pieno delle attività teorico - formative del corso, il cui monte ore è pari a 1600.
2. Le ore di attività pratica, pari a 3200, sono certificate dal responsabile dell'amministrazione di appartenenza, che le trasmette con modalità e tempistica indicate dalla Regione Sardegna.

Art. 10 - Procedimento

1. Il Responsabile del procedimento è il Direttore del Servizio programmazione sanitaria ed economico finanziaria e controllo di gestione.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

**ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE**

Direzione Generale della Sanità
Servizio Programmazione sanitaria economico finanziaria e controllo di gestione

Allegato 2

Compilare in modo chiaro e leggibile a stampatello

DOMANDA AMMISSIONE AL CFSMG TRIENNIO 2022/2025 - AI SENSI DELL'ART. 23 DEL D.L. 228/2021

Il/La sottoscritto/a

_____ COGNOME _____ NOME _____

nato/a il A _____ prov. _____

residente in via/piazza _____ nr. _____

C.A.P. città _____ prov. _____

domiciliato in via/piazza _____ nr. _____
(indicare solo se domicilio diverso da residenza)

C.A.P. città _____ prov. _____

codice fiscale e-mail _____

P. E. C. _____ tel./cell. _____

- in possesso di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università degli Studi di _____

data di Laurea votazione _____

- iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ al n. _____

CHIEDE

Ai sensi del co. 5-bis, dell'art. 19, del D.L. 16 luglio 2020, n. 76, convertito nella Legge n. 120/2020, così come modificato dall'art. 23 del D.L. 30 dicembre 2021, n. 228, di essere ammesso, fuori contingente e senza borsa di studio, al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale triennio 2022/2025 (CFSMG 22-25) della Regione Autonoma della Sardegna, consapevole



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

**ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE**

Direzione Generale della Sanità
Servizio Programmazione sanitaria economico finanziaria e controllo di gestione

Allegato 2

delle pene stabilite per le false attestazioni, ai sensi del D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445 e s.i.m., sotto la propria personale responsabilità,

D I C H I A R A:

1. Di non avere presentato domanda di ammissione al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale 2022-2025, in altra Regione o Provincia autonoma e di impegnarsi a non presentarla per il medesimo triennio.

2. Di essere medico in servizio permanente effettivo e di avere almeno quattro anni di anzianità di servizio in uno dei seguenti Corpi Nazionali (barrare quello corrispondente):

Polizia di Stato;

Vigili del Fuoco;

Forze Armate (specificare corpo):

_____;

Guardia di Finanza.

3. Di prestare servizio presso la seguente sede:

(indicare ogni elemento utile per comunicazioni d'ufficio, indirizzo, città, telefono, P.E.C., etc.)

4. Di essere a conoscenza di quanto disposto dall'art. 23 del D.L. n. 228 del 30 dicembre 2021: *“Le ore di attività svolte [...] in favore delle amministrazioni di appartenenza sono considerate a tutti gli effetti quali attività pratiche, da computare nel monte ore complessivo, previsto dall'articolo 26, comma 1, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368. Le amministrazioni di appartenenza certificano l'attività di servizio prestata dai medici in formazione presso le strutture dalle stesse individuate e ne validano i contenuti ai fini del richiamato articolo 26, fermo restando l'obbligo di frequenza dell'attività didattica di natura teorica”.*

5. Di essere a conoscenza che, per lo svolgimento di tutte le altre attività didattiche teoriche verrà aggregato ad una classe della sede didattica prescelta (Cagliari, Sassari), nella cui competenza territoriale ricade la propria sede di servizio.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

**ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE**

Direzione Generale della Sanità
Servizio Programmazione sanitaria economico finanziaria e controllo di gestione

Allegato 2

Il/La sottoscritto/a, dichiara, inoltre, che è a conoscenza ed accetta di dover sostenere - durante lo svolgimento delle varie fasi del corso - valutazioni periodiche e verifiche sull'andamento dell'attività didattica anche sotto forma di test ed esami, nonché, al completamento del percorso formativo (36 mesi e 4800 ore di attività didattica complessiva) l'Esame Finale con discussione della Tesi, per il rilascio del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Data _____ **Firma del dichiarante** _____

Il/La sottoscritto/a, dichiara di eleggere il proprio domicilio digitale con P.E.C. _____ e si impegna a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione che dovesse intervenire rispetto alla presente dichiarazione, ed inoltre autorizza la Regione Autonoma della Sardegna e l'Ordine Provinciale dei Medici di appartenenza, al trattamento dei dati personali nel rispetto della vigente normativa in materia e per le finalità strettamente necessarie all'accesso al CFSMG, nonché la loro pubblicazione sul BURAS e sul sito istituzionale della Regione (D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018, - Codice in materia di protezione dei dati personali - normativa adeguata al nuovo "Regolamento Europeo - GDPR 2018 n. 2016/79" di cui al D.lgs. 18/05/2018, n. 51).

Data _____ **Firma del dichiarante** _____

Si allega:

- **copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.**

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa della privacy di seguito riportata

INFORMATIVA AI SENSI DELLA NORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del D.lgs. 30/06/2003 n. 196, così come modificato dal D.lgs. 10/08/2018 n. 101, (Codice in materia di protezione dei dati personali), normativa adeguata al nuovo "Regolamento Europeo - GDPR 2018 n. 2016/79" di cui al D.lgs. 18/05/2018, n. 51, che prevedono la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, si informa che tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Si informa che i dati personali, da Lei forniti, saranno raccolti e trattati nel rispetto delle norme di legge, per finalità connesse allo svolgimento delle attività istituzionali, in particolare per tutti gli adempimenti connessi all'ammissione al CFSMG della Regione Autonoma della Sardegna. L'eventuale rifiuto a fornire i dati di cui sopra avrà come conseguenza l'impossibilità per l'Ente di procedere alla formalizzazione dell'inserimento di cui sopra. I dati sopra richiesti verranno trattati dalla Regione Autonoma della Sardegna, dall'Ordine dei Medici di appartenenza e dalla sede didattica in cui verrà effettuata l'iscrizione al corso medesimo, in qualità di titolari del trattamento, tramite i Responsabili delle Strutture, i Coordinatori del corso e gli operatori di segreteria. Le informazioni relative ai dati personali potranno essere comunicate unicamente alle Amministrazioni Pubbliche direttamente interessate allo svolgimento del corso ed alla gestione della posizione giuridico/economica del Docente. Agli aspiranti sono riconosciuti i diritti di cui al Capo III, l'art. 2, della citata Norma alla quale si rinvia; tali diritti potranno essere fatti valere dall'interessato nei confronti dell'Amministrazione titolare del trattamento. Il consenso al trattamento dei dati conferiti viene richiesto ai sensi della normativa nazionale vigente in materia di protezione dei dati (aggiornata in base alle disposizioni di cui al nuovo Regolamento Europeo - GDPR 2018 n. 2016/79)

Data _____ **Firma del dichiarante** _____