



**AVVISO DI SELEZIONE PER 50 MEDICI DI MEDICINA GENERALE PER L'ACCESSO AL PERCORSO REGIONALE DI AGGIORNAMENTO DELLA RETE DEI TUTOR PER LA MEDICINA GENERALE, FINALIZZATO ALL'ASSEGNAZIONE DEI TIROCINI PRATICI DEL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE**

La presente procedura selettiva è rivolta a **50 Medici di Medicina Generale**, aventi almeno n. 5 anni di convenzionamento in medicina generale (di assistenza primaria e/o di continuità assistenziale), titolari di almeno 750 scelte ed iscritti negli elenchi dei medici di assistenza primaria di una delle Aziende ULSS della Regione Veneto alla data di presentazione della domanda, ex art. 27 co. 3 del D. Lgs. n. 368 del 17/8/1999 e smi, come modificato dal D.L. n. 24 del 24/3/2022, convertito con modificazioni in L. n. 52 del 19/5/2022;

**Le domande di ammissione alla selezione devono essere redatte in carta semplice, utilizzando l'apposito modulo riportato nel presente Avviso**, reperibile altresì nel seguente sito internet della Regione del Veneto: <http://www.regione.veneto.it/web/sanita/attivita-di-formazione>.

**Le domande, debitamente compilate e sottoscritte, dovranno essere inviate - allegando una fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità ed un curriculum vitae in formato europeo, (anch'esso datato e sottoscritto) - obbligatoriamente a mezzo PEC (personale nominativa o comunque univocamente riconducibile all'interessato)** indirizzata a: [iscrizioni.fssp@legalmail.it](mailto:iscrizioni.fssp@legalmail.it) specificando nell'oggetto "DOMANDA ACCESSO RETE TUTOR MMG".

**Termini:**

**Le domande dovranno essere trasmesse a decorrere dalla data di pubblicazione del presente avviso nel Bollettino ufficiale della Regione del Veneto ed entro il termine del 19 agosto 2022.**

**Nel caso in cui il numero di candidature risulti superiore al numero dei posti disponibili, l'ammissione al percorso avverrà, nel limite dei posti utili, con priorità per coloro che hanno presentato la domanda con maggiore tempestività nei termini previsti.**

N.B.: I candidati ai sensi dell'art. 47 DPR n. 445/2000 non sono tenuti ad allegare alla domanda alcuna documentazione comprovante le dichiarazioni ivi contenute.

In conformità a quanto stabilito dalla DGR n. 2837/2014 verrà riconosciuto ai corsisti aventi diritto un ristoro degli oneri di sostituzione per le sole giornate di frequenza in aula (pari a 100 euro per singola giornata formativa residenziale, fino ad un massimo complessivo di 300 euro per MMG frequentante). Potranno essere adottate ulteriori e diverse modalità di espletamento del corso (es. webinar, etc..) anche in relazione all'evoluzione dell'emergenza/post emergenza Covid-19. In questo caso il ristoro degli oneri di sostituzione sarà previsto solo per le giornate di frequenza in modalità sincrona.



eef2846d



**DOMANDA DI AMMISSIONE**  
**AL PERCORSO FORMATIVO AI FINI DELL'INSERIMENTO NELL'ELENCO E CONSEGUENTE**  
**SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ DI TUTOR PER LA MEDICINA GENERALE**

Il/la sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)  
via/p.zza \_\_\_\_\_ n. civ. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
(Prov. \_\_\_\_\_) c.a.p. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso al percorso formativo ai fini dell'inserimento nell'elenco regionale e conseguente svolgimento delle attività di Tutor MMG per la Scuola di formazione specifica in Medicina Generale.

A tal fine, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

di essere Medico di Medicina Generale - MMG (di assistenza primaria e/o di continuità assistenziale) dal  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

di avere conseguito un totale di .....anni di convenzionamento, maturati così come di seguito indicato:

*N.B.: Specificare per ogni incarico tipologia -assistenza primaria o continuità assistenziale -, durata, Aulss e sede)*

.....  
.....  
.....

di essere titolare di \_\_\_\_\_ scelte

di essere iscritto negli elenchi dei medici di assistenza primaria c/o l'Azienda ULSS n. \_\_\_\_\_ della Regione del Veneto

di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 27/04/2016 n. 679 (c.d. General Data Protection Regulation, GDPR) e delle disposizioni nazionali vigenti in materia (in particolare il D.lgs. 196 del 30/6/2003 e il D.lgs. 101 10/8/2018) ai fini dello svolgimento del corso e attività ad esso connesse e/o correlate.

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016:

- il titolare del trattamento dei dati personali forniti dai candidati per la partecipazione al percorso formativo è la Giunta della Regione del Veneto, con sede a Dorsoduro 3901, 30123 Venezia;
- il trattamento dei dati personali forniti dai candidati ai fini della partecipazione al corso è finalizzato alla programmazione, organizzazione ed espletamento dello stesso, nonché alle attività istituzionali connesse e correlate, anche mediante l'utilizzo di procedure informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire la predetta finalità;
- ogni informazione sulle modalità e contenuti del trattamento dei dati personali e sull'esercizio dei relativi diritti da parte dell'interessato, sono contenute nell'Informativa generale privacy pubblicata nel sito internet della Regione del Veneto accessibile al link: <http://www.regione.veneto.it/web/guest/privacy> e pubblicata con D.G.R. n. 596 dell'8/5/2018 nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto n. 44 dell'11/5/2018;



- il soggetto delegato al trattamento dei dati forniti dai candidati, ai sensi della DGR n. 596 del 8.5.2018, pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto n. 44 dell'11/5/2018, è il Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria, con sede a Palazzo Molin, S.Polo 2514 - 30125 Venezia;
- il titolare ha nominato, ai sensi dell'art. 28 del GDPR n. 679 del 27/4/2016, Responsabile del trattamento dei dati la Fondazione Scuola di Sanità Pubblica, istituita con DGR n. 437 del 4/4/2014 e con DGR n. 1763 del 19/11/2018 preposta alla gestione didattica ed amministrativa del corso, che nella persona del Direttore pro tempore tratterà i dati personali dei candidati come da informativa generale privacy pubblicata nel sito internet della Fondazione accessibile al link: <https://fondazionessp.it/privacy-policy>;
- il conferimento dei dati personali è indispensabile per lo svolgimento delle procedure previste e per tutta la durata del corso;
- le informazioni relative ai dati personali potranno essere comunicate unicamente alle Amministrazioni Pubbliche per quanto interessa lo svolgimento del corso, i conseguenti tutoraggi e attività connesse e correlate;
- l'eventuale rifiuto a fornire tali dati, in tutto o in parte, può dar luogo all'impossibilità di svolgere le attività sopracitate ed i relativi adempimenti;
- i dati verranno conservati per tutta la durata della frequenza del corso, in ogni caso il trattamento non potrà avere durata maggiore, per ciascun dato trattato, al termine di prescrizione per l'esercizio dei diritti connessi a quel dato;
- all'interessato sono riconosciuti i diritti previsti dalla normativa europea e nazionale di riferimento sopra menzionata, in particolare il 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 o di proporre reclamo ai sensi dell'art. 77 GDPR n. 679 del 27/4/2016 al Garante per la protezione dei dati personali con le modalità disciplinate dalla normativa nazionale vigente in tema, fatte salve le azioni amministrative e giurisdizionali che possono proporsi alternativamente al medesimo Garante o al Tribunale competente. Le eventuali comunicazioni andranno trasmesse agli indirizzi secondo le tempistiche e modalità indicate al succitato co. 2 art. 4.

**Allega:** **CV in formato europeo** **Fotocopia di un valido documento di riconoscimento**

Data .....

---

(firma)



eef2846d

