



*Regione Molise*  
**Direzione Generale per la Salute**

*Servizio Organizzazione e Politiche delle Risorse Umane dell'ASReM*

Ufficio Formazione Personale del S.S.R.  
Via Toscana, 45 - 86100 Campobasso  
Tel. 0874 424548 - fax 0874 424547-558

**Regione Molise**

Assessorato Politiche Salute

Prot. 0006244/12 Del 07/05/2012  
Partenza



**Dott.ssa Gianfranca Marchesani**

Dirigente U.O.C. Medicina di Base  
Sovradistrettuale

ASReM

Via del Mulinello, 1

86039 Termoli

*Oggetto: Deliberazione di Giunta Regionale n. . 225 del 16 aprile 2012 - Avviso pubblico per l'aggiornamento dell'Elenco regionale dei Medici di Medicina Generale abilitati alle funzioni di Tutore territoriale per il Corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale - Riapertura dei termini per la presentazione delle domande.*

Con preghiera di darne ampia diffusione, si trasmette copia dell'Avviso Pubblico di riapertura dei termini per l'aggiornamento all'Elenco regionale dei Medici di Medicina Generale, di cui all'oggetto.

ASReM - Az. Sanitaria Reg. Molise  
**Prot. 39876 del 09-05-2012**  
Sezione:ARRIVO



*Il Direttore del Servizio*  
*Dott.ssa Giovannina Magnifico*



# Regione Molise

GIUNTA REGIONALE

Mod. D  
atto che non  
comporta impieghi  
di spesa

Sen. Pres. Am. ASREDA (M)

Seduta del 16 APR. 2012

Deliberazione n. 225

## OGGETTO:

Delibera di G.R. n. 576 del 4 agosto 2011 avente ad oggetto: "D. Lgs. 17 agosto 1999, n. 368, e successive modifiche e integrazioni - Corso di formazione specifica in Medicina Generale - Avviso pubblico per l'aggiornamento dell'Elenco regionale dei Medici di Medicina Generale abilitati alle funzioni di Tutore territoriale per il Corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale della Regione Molise" - Riapertura dei termini per la presentazione delle domande.

## LA GIUNTA REGIONALE

riunitasi il giorno 16 APR. 2012 nella sede dell'Ente con la presenza dei Sigg.:

- |                   |                |
|-------------------|----------------|
| 1) IORIO          | Angelo Michele |
| 2) CHIEFFO        | Antonio        |
| 3) DI SANDRO      | Filoteo        |
| 4) FUSCO PERRELLA | Angiolina      |
| 5) SCASSERRA      | Michele        |
| 6) VELARDI        | Luigi          |
| 7) VITAGLIANO     | Gianfranco     |

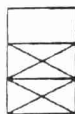
Presidente

Assessore

Pres.	Ass.
X	
	X
X	
X	
X	
X	
X	

Atto da pubblicare

Integralmente  
Per estratto  
Sul sito Web



Il Direttore del Servizio  
(dott.ssa Giovannina Magnifico)

SEGRETARIO: Laura de SANTIS

HA DECISO

quanto di seguito riportato sull'argomento di cui all'oggetto (facciate interne):

Campobasso, \_\_\_\_\_

Il Responsabile dell'istruttoria  
Cognome Nome

Il Direttore Generale  
(Art.2 comma 2 lett. a) DGR 256/07)  
dott. Antonio Francioni

Il Responsabile del Servizio  
dott.ssa Giovannina Magnifico

## LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute dott. Filoteo Di Sandro ;

PRESO ATTO, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento interno di questa Giunta:

- a) del parere di legittimità e di regolarità tecnico-amministrativa espresso dal Dirigente del Servizio e della dichiarazione che l'atto non comporta impegno di spesa;
- b) del parere del Direttore Generale in merito alla coerenza della proposta con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione medesima;

VISTA la legge regionale 8 aprile 1997, n. 7 e successive modificazioni e la normativa attuativa della stessa;

VISTO il regolamento interno di questa Giunta;

SU PROPOSTA dell'Assessore alle Politiche per la Salute ;

### UNANIME DELIBERA

- di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta corredati dei pareri di cui all' art. 13 del Regolamento interno della Giunta che si allegano alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;
- di procedere alla riapertura dei termini per la partecipazione all' "Avviso pubblico per l'aggiornamento dell'Elenco regionale dei Medici di Medicina Generale abilitati alle funzioni di Tutore territoriale per il Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Molise", di cui alla propria precedente deliberazione n. 576 del 04.08.2011, secondo quanto esplicitato nell' "Avviso pubblico di riapertura dei termini" allegato A al presente provvedimento e di esso parte integrante e sostanziale;
- di evidenziare che il termine per la presentazione delle domande è di 45 giorni dalla data di pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise;
- di precisare che, per quel che riguarda le modalità di presentazione delle domande, si fa specifico riferimento a quanto previsto dall'Avviso pubblico approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 576 del 04 agosto 2011, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise n. 23 del 1.09.2011 e sul sito web della Regione Molise (Notizie - Avvisi - 2011 - Settembre);
- di disporre la trasmissione del provvedimento in oggetto agli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Regione Molise e alle Organizzazioni sindacali dei Medici di Medicina Generale, per la relativa diffusione agli interessati.



ALLEGATI ATTI

IL SEGRETARIO

*[Handwritten signature]*

ALLEGATO ALLA DELIBERA  
n. 225 del 16/04/2012

ALLEGATO A

## AVVISO PUBBLICO DI RIAPERTURA DEI TERMINI

PER L'AGGIORNAMENTO DELL'ELENCO REGIONALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE ABILITATI ALLE FUNZIONI DI TUTORE TERRITORIALE PER IL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE DELLA REGIONE MOLISE

LA REGIONE MOLISE  
GIUNTA REGIONALE



RICHIAMATA la propria deliberazione n.576 del 4 agosto 2011, con la quale

- è stato approvato l'“Avviso pubblico per l'aggiornamento dell'Elenco regionale dei Medici di Medicina Generale abilitati alle funzioni di Tutore territoriale per il Corso triennale di Formazione specifica in Medicina Generale della Regione Molise” con i relativi allegato "A" ed allegati n.1 (fac-simile domanda per la partecipazione al corso di formazione per la funzione di Tutore territoriale), n.2 (fac-simile domanda di conferma nell'elenco dei Tutori di Medicina Generale) e n.3 (fac-simile domanda di inserimento nell'elenco dei Tutori di Medicina Generale);
- è stato approvato il Programma del Corso di formazione per Tutori Medici di Medicina Generale predisposto dalla Università degli Studi del Molise in collaborazione con gli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Regione, allegato B al medesimo atto;

RICHIAMATO il successivo provvedimento n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, con il quale si delibera di procedere alla riapertura dei termini per la partecipazione all'Avviso pubblico sopra citato;

### DA' AVVISO

che sono riaperti i termini per l'aggiornamento dell' Elenco regionale dei Medici di Medicina Generale abilitati alle funzioni di tutore territoriale per il Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Molise.

#### Art.1

Per l'inserimento nell'elenco dei Tutori di Medicina Generale, ai sensi dell'art. 27, comma 3, del D. Lgs. 17 agosto 1999, n. 368, e successive modifiche ed integrazioni, è necessario essere in possesso dei seguenti requisiti:

- essere Medici di Medicina Generale convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale con una anzianità di almeno 10 anni di attività convenzionale con il SSN;
- possedere la titolarità di un numero di assistiti nella misura pari almeno alla metà del massimale vigente;
- operare in uno studio professionale accreditato.





I requisiti di cui sopra devono essere posseduti alla data di scadenza del termine utile per la presentazione della domanda di ammissione al corso.

#### Art. 2

I soggetti interessati a all'inserimento nell'Elenco (Medici in possesso dei requisiti - Medici che abbiano conseguito l'attestato di Tutore di Medicina Generale nei tre anni precedenti il presente avviso) ovvero alla permanenza nello stesso (Medici che sono già iscritti nell'elenco regionale dei Tutori di Medicina Generale) dovranno far riferimento, per la presentazione delle domande, ai contenuti dell'Avviso Pubblico di cui alla deliberazione n.576/2011, pubblicato in data 1.09.2011 sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise n. 23 e sul sito web della Regione [www.regione.molise.it](http://www.regione.molise.it) (Notizie - Avvisi - 2011 - Settembre), utilizzando la modulistica allegata al presente atto (Allegati n.1 (fac-simile domanda per la partecipazione al corso di formazione per la funzione di Tutore territoriale), n.2 (fac-simile domanda di conferma nell'elenco dei Tutori di Medicina Generale) e n.3 (fac-simile domanda di inserimento nell'elenco dei Tutori di Medicina Generale)).

#### Art. 3

La domanda di ammissione al corso, redatta in carta semplice secondo il fac-simile allegato al precedente avviso, deve essere spedita esclusivamente a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento a:

**REGIONE MOLISE**

**DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE**

**SERVIZIO ORGANIZZAZIONE E POLITICHE DELLE RISORSE UMANE DELL'ASReM**

**Via Toscana, 45 - 86100 CAMPOBASSO**

entro il termine perentorio di 45 giorni a decorrere dalla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise; sulla busta contenente la domanda deve essere espressamente riportata l'indicazione:

«Domanda di partecipazione all'avviso per l'aggiornamento dell'elenco dei medici di medicina generale abilitati alle funzioni di Tutore territoriale».

Non verranno prese in considerazione le domande che per qualunque motivo saranno spedite con raccomandata con avviso di ricevimento oltre il termine suddetto. In quest'ultimo caso fa fede il timbro a data dell'ufficio postale accettante.

#### Art. 4

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n.196/2003, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso la Direzione Generale per la Salute - Servizio Organizzazione e Politiche delle Risorse Umane dell'ASReM - e saranno utilizzati dall'Amministrazione esclusivamente nell'ambito e per le finalità di gestione dell'elenco regionale dei Tutori di Medicina Generale.





## ALLEGATO n. 1

(FAC-SIMILE DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE PER LA FUNZIONE DI TUTORE TERRITORIALE)

REGIONE MOLISE  
DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE  
SERVIZIO ORGANIZZAZIONE E POLITICHE  
DELLE RISORSE UMANE DELL'ASReM  
Via Toscana, 45  
86100 CAMPOBASSO

Il/La sottoscritt....

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare al Corso di formazione per la funzione di Tutore territoriale per il Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale di cui all'art. 24 del D. Lgs. n. 368/1999, e successive modifiche ed integrazioni, ai fini dell'inserimento nell'Elenco regionale dei Tutori di Medicina Generale della Regione Molise.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere e falsità in atti previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi degli articoli 46 e 47 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità,

Cognome ..... Nome .....

nato/a a: ..... prov. di: ..... Stato: .....

il ..... codice fiscale .....

residente a ..... prov. di ..... CAP .....

in via/piazza ..... n. civico .....

telefono ..... cellulare ..... indirizzo e-mail .....

cittadinanza .....



1. di svolgere attività di Medico di Medicina Generale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale dal ..... per un totale di n. .... anni;

2. di avere in carico un numero di ..... assistiti, pari/superiore alla metà del massimale vigente;

3. di svolgere l'attività di Medico di Medicina Generale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale presso lo studio professionale accreditato sito nel comune di .....

CAP..... Provincia .....

via ..... n. ....

telefono ..... fax ..... indirizzo e-mail .....

Comunica che il domicilio o il recapito presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa al presente avviso è il seguente:

Via ..... n. ....

Comune di ..... CAP .....

telefono ..... cellulare .....

fax ..... indirizzo e-mail .....

e si impegna a comunicare tempestivamente a codesta Amministrazione ogni cambiamento relativo al medesimo.

Si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione che determini il venir meno dei requisiti innanzi specificati.

Allega copia fotostatica non autenticata del documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000.

Il/La sottoscritt.... autorizza, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, il trattamento dei propri dati personali nell'ambito e per le finalità di gestione dell'elenco regionale dei Tutors di medicina generale e per ogni altra finalità ad essa correlata.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_



ALLEGATO n. 2

(Per i Medici già iscritti nell'Elenco regionale dei Tutori di Medicina Generale)

FAC-SIMILE DOMANDA DI CONFERMA NELL'ELENCO DEI TUTORI DI MEDICINA GENERALE

REGIONE MOLISE  
DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE  
SERVIZIO ORGANIZZAZIONE E POLITICHE  
DELLE RISORSE UMANE DELL'ASReM  
Via Toscana, 45  
86100 CAMPOBASSO

Il/La sottoscritt... ..  
nato/a a: ..... prov. di: ..... Stato: .....  
il ..... codice fiscale .....  
residente a ..... prov. di ..... CAP .....  
in via/piazza ..... n. civico .....  
telefono ..... cellulare ..... indirizzo e-mail .....  
cittadinanza .....

inserito nell'elenco dei Tutori di Medicina Generale vigente,

CHIEDE

- di essere confermato nell'elenco dei Tutori di Medicina Generale.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere e falsità in atti previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi degli articoli 46 e 47 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità,





1. di svolgere attività di Medico di Medicina Generale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale dal ..... per un totale di n. .... anni;

2. di avere in carico un numero di ..... assistiti, pari/superiore alla metà del massimale vigente;

3. di svolgere l'attività di Medico di Medicina Generale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale presso lo studio professionale accreditato sito nel comune di .....

CAP..... Provincia .....

via ..... n. ....

telefono ..... fax ..... indirizzo e-mail .....

Comunica che il domicilio o il recapito presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa al presente avviso è il seguente:

Via ..... n. ....

Comune di ..... CAP .....

telefono ..... cellulare .....

fax ..... indirizzo e-mail .....

e si impegna a comunicare tempestivamente a codesta Amministrazione ogni cambiamento relativo al medesimo.

Si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione che determini il venir meno dei requisiti innanzi specificati.

Allega copia fotostatica non autenticata del documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000.

Il/La sottoscritt..... autorizza, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, il trattamento dei propri dati personali nell'ambito e per le finalità di gestione dell'elenco regionale dei Tutors di medicina generale e per ogni altra finalità ad essa correlata.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_



**ALLEGATO n. 3**

**(Per i Medici che abbiano conseguito l'attestato di Tutore di Medicina Generale nei tre anni precedenti il presente avviso attraverso idoneo percorso formativo riconosciuto dalla Regione e/o dall'Ordine dei Medici della Provincia nel cui territorio ha avuto sede il corso)**

FAC-SIMILE DOMANDA DI INSERIMENTO NELL'ELENCO DEI TUTORI DI MEDICINA GENERALE PER IL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE DELLA REGIONE MOLISE

REGIONE MOLISE  
DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE  
SERVIZIO ORGANIZZAZIONE E POLITICHE  
DELLE RISORSE UMANE DELL'ASReM  
Via Toscana, 45  
86100 CAMPOBASSO

Il/La sottoscritt... ..  
nato/a a: ..... prov. di: ..... Stato: .....  
il ..... Codice Fiscale .....  
residente a ..... prov. di ..... CAP .....  
in via/piazza ..... n. civico .....  
telefono ..... cellulare ..... indirizzo e-mail .....  
cittadinanza .....

CHIEDE

di essere inserito nell'Elenco dei Tutori di Medicina Generale della Regione Molise.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere e falsità in atti previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi degli articoli 46 e 47 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità,



1. di svolgere attività di Medico di Medicina Generale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale dal ..... per un totale di n. .... anni;

2. di avere in carico un numero di ..... assistiti, pari/superiore alla metà del massimale vigente;

3. di svolgere l'attività di Medico di Medicina Generale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale presso lo studio professionale accreditato sito nel comune di .....

CAP..... Provincia .....

via ..... n. ....

telefono ..... fax ..... indirizzo e-mail .....

4. di aver conseguito l'attestato di Tutor di Medicina Generale nei tre anni precedenti il presente avviso avendo partecipato al Corso di formazione per Tutor di Medicina Generale \_\_\_\_\_

organizzato da \_\_\_\_\_, tenutosi in \_\_\_\_\_ nei

giorni \_\_\_\_\_, riconosciuto dalla Regione e/o dall'Ordine dei Medici della

Provincia di \_\_\_\_\_, nel cui territorio si è svolto il corso.

Allega, a tal fine, il suddetto attestato di Tutor conseguito, nonché la documentazione comprovante il riconoscimento di cui al punto 4 sopra indicato.

Comunica che il domicilio o il recapito presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa al presente avviso è il seguente:

Via ..... n. ....

Comune di ..... CAP .....

telefono ..... cellulare .....

fax ..... indirizzo e-mail .....

e si impegna a comunicare tempestivamente a codesta Amministrazione ogni cambiamento relativo al medesimo.

Si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione che determini il venir meno dei requisiti innanzi specificati.

Allega copia fotostatica non autenticata del documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000.



Il/La sottoscritt.... autorizza, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, il trattamento dei propri dati personali nell'ambito e per le finalità di gestione dell'elenco regionale dei Tutors di medicina generale e per ogni altra finalità ad essa correlata.

Luogo e data

---

Firma

---

---

Di quanto sopra si è redatto il presente verbale che, previa lettura e conferma, viene sottoscritto come appresso:

IL SEGRETARIO  
F.to de Santis

IL PRESIDENTE  
F.to Angelo Michele Iorio

---

Per copia conforme all'originale, in carta semplice per uso amministrativo.

Campobasso, li 18 aprile 2012



IL SEGRETARIO  
Laura de Santis

*Laura de Santis*

---

---

Per copia conforme all'originale, in carta semplice per uso amministrativo.

Visto: IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO

Campobasso, li \_\_\_\_\_