

ASUR Marche - Area Vasta n. 2 - Ancona

Pubblicazione dell'elenco degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria, alla data del 01.09.2020, sulla base delle comunicazioni trasmesse dalle Aree Vaste della Regione Marche.

AREA VASTA N. 3 - DISTRETTO DI CIVITANOVA MARCHE

Carenze: n. 1:

- n. 1 carenza straordinaria con studio principale da ubicarsi nel Comune di Montefano.

Procedure per il conferimento degli incarichi carenti di Assistenza Primaria rilevati per l'anno 2020 sulla base delle comunicazioni inviate dalle Aree Vaste della Regione Marche.

- 1) Le domande di trasferimento o di iscrizione, conformemente agli allegati che seguono, dovranno essere spedite a mezzo:

- **Raccomandata A.R. all'A.S.U.R. - Area Vasta n. 2 - U.O.C. DAT - Gestione Graduatorie Regionali - Sede Legale di Fabriano - Via Turati 51 - 60044 Fabriano, entro 20 giorni a decorrere dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente bollettino. Nella busta dovrà essere specificato: contiene domanda per incarichi per Graduatorie Regionali.**

- **PEC all'indirizzo areavasta2.asur@emarche.it entro 20 giorni a decorrere dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente bollettino. Nella domanda dovrà essere applicata la marca da bollo e, in allegato, dovrà essere prodotta la "dichiarazione assoluta imposta di bollo".**

Le domande si considereranno prodotte in tempo utile solo se spedite entro il termine indicato. A tal fine farà fede il timbro con la data dell'ufficio postale. Non verranno considerate le domande spedite oltre il termine di scadenza sopra indicato, quale ne sia la causa.

- 2) In allegato alla domanda gli aspiranti dovranno inoltrare una **dichiarazione sostitutiva di atto notorio** attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, il godimento di eventuali **trattamenti di pensione**, se si trovino **in posizione di incompatibilità** (vedere allegato) e **fotocopia fronte retro di un documento d'identità** in corso di validità.
- 3) Le graduatorie regionali annuali di settore defini-

tive cui fare riferimento sono quelle valide per l'anno 2020.

- 4) Per l'attribuzione degli incarichi di Assistenza Primaria si applicheranno le norme di cui all'art. 5 dell'ACN MG del 21.06.2018 e dell'art. 4 dell'ACN MG del 18/06/2020, ed in particolare:

- art. 5 c. 5 lettera A): per trasferimento, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria iscritti da almeno 2 anni in un elenco della Regione Marche e quelli iscritti da almeno 4 anni in un elenco di altra Regione, che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale.

(I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di 1/3 dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento).

- Art. 5 c. 5 lettera B): per titoli, i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso graduati come specificato dal comma 8 lettere a), b) e c):

- Attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale;

- Attribuzione di cinque punti 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 (31/01/2019) e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;

- Attribuzione di venti punti 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 (31/01/2019) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

- Art. 5 c. 5 lettera 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 in graduatoria regionale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda (i medici verranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea).
- Art. 5 c. 17: pubblicazione sul sito della Sisac
- Art. 4 ACN MG 18/6/2020: medici frequentanti il Corso di Formazione specifica in Medicina Gene-

rale presso la Regione Marche (art.9, c.1, D.L. 14 dicembre 2018 n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12);

- Art. 4 ACN MG 18/6/2020: medici di cui all'art.12, c.3, del D.L. 30 aprile 2019, n.35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60.

5) Il conferimento degli incarichi di Assistenza Primaria relativo agli ambiti territoriali carenti rilevati per l'anno 2020, ai sensi e per gli effetti dell'ACN MG 21/6/2018, avverrà nella seguente misura:

- 80% a favore dei medici in possesso del Titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale (comma 13 lettera a);
- 20% a favore dei medici in possesso di Titolo Equipollente, con abilitazione alla data del 31/12/1994 o antecedente (comma 13 lettera b).

Gli incarichi verranno assegnati osservando la seguente alternanza:

• **i primi quattro posti saranno destinati ai medici in possesso dell'Attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale (aaaa),**

• **il quinto posto sarà destinato al possessore del Titolo Equipollente (b),**

e così di seguito, secondo la stessa alternanza (aaaa-b-aaaa-b).

Qualora non vengano assegnati per carenza di domande di incarico, ambiti territoriali vacanti di Assistenza Primaria spettanti ad una delle due riserve di aspiranti, gli stessi verranno assegnati all'altra riserva di aspiranti (art. 5 c. 14 ACN MG 21/06/2018).

6) L'U.O.C. DAT - Gestione Graduatorie Regionali - provvederà alla convocazione, mediante Raccomandata A.R., dei medici aventi titolo secondo graduatoria al conferimento degli incarichi dichiarati carenti e pubblicati, presso la sede che la stessa indicherà, in maniera programmata e per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione (art. 5, comma 18 ACN MG del 21.06.2018).

7) La mancata presenza, il giorno della convocazione, costituirà rinuncia all'incarico (art. 5, comma 20 ACN MG del 21.06.2018).

8) In relazione al perdurare dell'emergenza epidemiologica COVID-19 ci si riserva di attivare modalità alternative alla convocazione di un incontro (procedure telematiche) per il conferimento degli incarichi.

9) L'U.O.C. DAT - Gestione Graduatorie Regionali, espletate tutte le formalità per l'accettazione degli incarichi, comunicherà alle Aree Vaste interessate i nominativi dei medici che hanno accettato gli

incarichi. Queste ultime conferiranno definitivamente gli incarichi a tempo indeterminato, previa ulteriore rilevazione di eventuali incompatibilità.

10) Espletate tutte le procedure di cui ai commi precedenti, gli incarichi rimasti vacanti saranno oggetto di specifica comunicazione sul sito istituzionale aziendale con richiesta di pubblicazione sul sito della SISAC al fine di favorire la partecipazione di tutti i medici interessati già inseriti nelle graduatorie delle altre Regioni o in possesso del corso di formazione specifica in Medicina Generale (art. 5 comma 17 lettere a) e b).

BOLLO
€ 16,00

ALL'ASUR - AREA VASTA N.2
SEDE LEGALE DI FABRIANO
UOC DAT - Ufficio Gestione Graduatorie Regionali
Via Turati 51- 60044 FABRIANO

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA (A.C.N. M.G. del 21.06.2018 e A.C.N. M.G. del 18/06/2020)
(per trasferimento)**

...l... sottoscritto... dott.....nat..... a
(cognome) (nome)
Prov.....il codice fiscale.....
(giorno-mese-anno)
cell. n°..... e-mail..... PEC

DICHIARA

Di essere residente nel Comune diProv.....Via.....n°..... C.A.P.....
a far data dal..... Di essere residente nel territorio della Regione dal
Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'Assistenza Primaria presso l'ASL n..... di
della Regione..... o presso l'Area Vasta n..... Distretto nel Comune di.....
della Regione Marche dal..... e con anzianità complessiva di Assistenza Primaria pari a mesi

FA ISTANZA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 5, comma 5, lett. A), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 21.06.2018 e ss.mm. e ii., per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche n°.....del.....e, segnatamente per i seguenti ambiti:

Comune Distretto.....AV.....
Comune..... Distretto.....AV.....
Comune..... Distretto.....AV.....
Comune..... Distretto.....AV.....
Comune..... Distretto.....AV.....
Comune..... Distretto.....AV.....
Comune..... Distretto.....AV.....
Comune..... Distretto.....AV.....

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva, atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 5, comma 5, lettera A) dell' A.C.N. del 21.06.2018 e ss.mm. e ii. e l'anzianità complessiva di incarico in Assistenza Primaria: allegati n° documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza;
 al seguente domicilio: Comune.....C.A.P..... Prov..... Vian.

Data.....
(firma per esteso)

BOLLO
€ 16,00

ALL'ASUR - AREA VASTA N.2
SEDE LEGALE DI FABRIANO
UOC DAT - Ufficio Gestione Graduatorie Regionali
Via Turati 51- 60044 FABRIANO

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA (A.C.N. M.G. del 21.06.2018 e A.C.N. M.G. del 18/06/2020)
(per graduatoria/titoli)**

...l... sottoscritto... dott.....nat..... a
(cognome) (nome)
Prov.....il codice fiscale.....
(giorno-mese-anno)
cell. n°..... e-mail..... PEC

DICHIARA

di essere residente:

- nella Regione Marche dal nel Comune Prov..... dal
via.....n°..... C.A.P.....
 presso altra Regione

di essere:

- già inserito nella graduatoria regionale di settore della Regione Marche – anno 2020 con punteggio
(art.5 c.5 lettera B) dell'ACN del 21/6/2018)
 In possesso attestato Formazione specifica in MG in possesso del Titolo equipollente
- in possesso dei requisiti di cui all'art.5 c.5 lettera C) dell'ACN del 21/6/2018 (Attestato di Formazione conseguito
successivamente il termine di scadenza della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso),
Laureato/a dal....., con voto.....;
- in possesso dei requisiti di cui all'art.4 c.17/bis dell'ACN del 18/6/2020 (art.9 c.1 DL 14/12/2018 n.135
convertito, con modificazioni, dalla L.11/2/2019 n.12) - Laureato/a dal....., con voto.....;
Corso Medicina Generale - Triennio frequentato nella Regione Marche 1° 2° 3°
Data di effettivo inizio del Corso
- in possesso dei requisiti di cui all'art.12, c.3, del DL 30/4/2019 n.35 convertito, con modificazioni, dalla Legge
25 giugno 2019, n.60 Laureato/a dal....., con voto.....;

FA ISTANZA

di assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della
Regione Marche n°.....del.....e, segnatamente per i seguenti ambiti:

Comune..... Distretto.....AV.....
Comune..... Distretto.....AV.....
Comune..... Distretto.....AV.....
Comune..... Distretto.....AV.....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza;
 al seguente domicilio: Comune.....C.A.P.....Prov..... Vian.

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data.....

(firma per esteso)

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott.....nato a.....Prov.....
il.....residente in..... Prov.....Via/Piazza.....n°...
Iscritto all'Albo dei della Provincia di..... consapevole
delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

dichiara formalmente di

1. essere/non essere¹ titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati¹:
Soggetto..... ore settimanali.....
Via..... Comune di.....
Tipo di rapporto di lavoro.....
Periodo dal.....;
2. essere/non essere¹ titolare di incarico come medico di Assistenza Primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n°..... scelte e con n°..... scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di..... Azienda.....;
3. essere/non essere¹ titolare di incarico come medico di Pediatria di Libera Scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n°..... scelte periodo dal.....;
4. essere/non essere¹ titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato¹ come Specialista ambulatoriale convenzionato interno²:
Azienda _____ Branca _____ Ore sett./li _____
Azienda _____ Branca _____ Ore sett./li _____
5. essere/non essere¹ iscritto negli elenchi dei Medici Specialisti convenzionati esterni²:
Provincia.....Branca.....
Periodo: dal.....;
6. avere/non avere¹ un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c.5, Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
Azienda..... Via.....
Tipo di attività
Periodo: dal

7. essere/non essere¹ titolare di incarico di Guardia Medica, nella Continuità Assistenziale o nella Emergenza Sanitaria Territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato¹, nella Regione.....
 O in altra Regione² ;
 RegioneAzienda..... Ore sett.li.....
 in forma attiva – in forma di disponibilità¹ ;
8. essere/non essere¹ in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale previsto dall'art. 66 del D.P.R. 484/96, dall'art. 22 del D.P.R. 41/91 e dall'art. 22, comma 5, del D.P.R. 292/87:
 rilasciato da in data.....;
9. essere/ non essere iscritto¹ a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al Decreto Leg.vo n° 368/99;
 Denominazione del corso.....
 Soggetto pubblico che lo svolge.....
 Inizio dal.....
10. operare/ non operare¹ 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 Leg.vo n° 502/92 e successive modificazioni²;
 Organismo.....ore sett.li.....
 ViaComune di.....
 Tipo di attività.....
 Tipo di rapporto di lavoro.....
 Periodo: dal.....
11. operare/non operare¹ a qualsiasi titolo in Presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:²
 Organismo.....ore sett.li.....
 Via.....Comune di.....
 Tipo di attività.....
 Tipo di rapporto di lavoro.....
 Periodo:dal.....

12. svolgere/non svolgere¹ funzioni di medico di fabbrica² o di medico competente ai sensi del D.Lgs 9/04/2008 n. 81:
 Azienda.....ore sett.li.....
 Via..... Comune di.....
 Periodo: dal.....;
13. svolgere/non svolgere¹ per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:²
 Azienda..... Comune di.....
 Periodo: dal.....;
14. avere/non avere¹ qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:²

 Periodo: dal.....;
15. essere/non essere¹ titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/ non esercitare attività che possono configurare conflitto di interesse col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

16. fruire/non fruire¹ del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del Fondo di Previdenza competente di cui al Decreto 14/10/1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
 Periodo: dal.....;
17. svolgere/non svolgere¹ altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna):

 Periodo: dal.....;

18. essere/non essere¹ titolare di incarico nella Medicina dei Servizi o nelle Attività Territoriali Programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato:^{1,2}

Azienda..... Comune di..... ore sett.li.....

Tipo di attività.....

Periodo: dal.....;

19. operare/non operare¹ 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 da dichiarare relativamente ai rapporti di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico:.....

Via.....; Comune di.....

Tipo di attività.....

Tipo di rapporto di lavoro.....

Periodo: dal.....;

20. essere/non essere¹ titolare di trattamento di pensione:²

.....

.....

Periodo: dal.....;

21. fruire/non fruire¹ del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:²

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento.....

.....

Periodo: dal.....;

NOTE

.....

.....

.....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

....I.... sottoscritt..... si impegna a fare cessare l'attività sopra indicata qualora l'attività stessa costituisca incompatibilità al momento dell'attivazione dell'incarico.

(1) Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del DPR 445/2000)

(2) Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia fronte retro non autenticata di un documento di riconoscimento in corso di validità. Ai sensi del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n. 2016/679/UE e del Codice della Privacy, D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, si informa che:

- Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento della formazione della graduatoria utile per l'assegnazione degli incarichi. Il trattamento viene effettuato avvalendosi sia di strumenti cartacei che informatici.
- Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, la S.V. non potrà essere inserita in detta graduatoria.
- I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche e sul sito istituzionale dell'ASUR Marche.
- L'art. 7 del citato Decreto conferisce alla S.V. l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelleggibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati; di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali.
- Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è l'Area Vasta n.2 – ASUR MARCHE.

In fede.

Data.....

Firma per esteso.....

¹ Cancellare la parte che non interessa.

² Completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente, utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".

ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO**DICHIARAZIONE**

Ex Art. 46 e 47 DPR 445/2000

Il sottoscritto _____, nato a _____
 (prov. _____) il _____ M_ F_ Codice Fiscale _____
 Residente a _____ (prov. _____)
 Via _____ n. _____ Cap _____ telefono _____
 Indirizzo mail/PEC _____

relativamente al procedimento telematico allegato alla presente dichiarazione per:

essendo obbligatorio indicare la modalità di assolvimento dell'imposta di bollo, avvalendosi della facoltà prevista dall'art. 3 del Decreto Interministeriale 10/11/2011, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 e dall'art 483 del CP nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

Dichiara

- Che l'imposta di bollo è stata assolta in modo virtuale tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo da 16 € sull'originale cartaceo della domanda e che la marca da bollo ha il seguente n. seriale identificativo:

- Che la marca da bollo indicata è destinata **esclusivamente alla presentazione della presente istanza e** non sarà utilizzata per qualsiasi altro adempimento.
- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sugli atti presentati e pertanto si impegna a conservare il presente documento ed a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

La presente dichiarazione deve essere firmata in forma autografa o digitale da chi la rende. Qualora la stessa sia firmata con dichiarazione autografa, la stessa deve essere corredata da copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

Data, _____

 (firma)

Ogni comunicazione deve essere inoltrata a:
 ASUR-Area Vasta 2 – Via Turati n. 51 - 60044 Fabriano (AN) - tel 071 8705872
 PEC: areavasta2.asur@emarche.it

ASUR Marche - Area Vasta n. 2 - Ancona

Pubblicazione dell'elenco degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale, alla data del 01.09.2020, sulla base delle comunicazioni trasmesse dalle Aree Vaste della Regione Marche.

AREA VASTA N. 1 - DISTRETTO DI FANO

- n. 2 incarichi a 38 ore sett.li ciascuno per il territorio del Distretto di Fano - Ambito Unico di Fano (Potes/Sede non definita) - **le Potes di destinazione saranno successivamente definite, in base a necessità organizzative, all'atto del perfezionamento dell'incarico presso l'AV 1)**

AREA VASTA N. 1 - DISTRETTO DI URBINO

- n. 4 incarichi a 38 ore sett.li ciascuno per il territorio del Distretto di Urbino - Ambito Unico di Urbino (Potes/Sede non definita) - **le Potes di destinazione saranno successivamente definite, in base a necessità organizzative, all'atto del perfezionamento dell'incarico presso l'AV 1)**

AREA VASTA N. 1 - DISTRETTO DI PESARO

- n. 2 incarichi a 38 ore sett.li ciascuno per il territorio del Distretto di Pesaro - Ambito Unico di Pesaro (Potes/Sede non definita) - **le Potes di destinazione saranno successivamente definite, in base a necessità organizzative, all'atto del perfezionamento dell'incarico presso l'AV 1)**

AREA VASTA N. 2 - DISTRETTO DI JESI

- n. 3 incarichi a 38 ore sett.li cad. - Potes di Jesi e Cingoli

AREA VASTA N. 2 - DISTRETTO DI FABRIANO

- n. 2 incarichi a 38 ore sett.li cad. - Potes di Fabriano e Sassoferrato

AREA VASTA N. 2 - DISTRETTO DI SENIGALLIA

- n. 5 incarichi a 38 ore sett.li cad. - Potes di Senigallia e Arcevia

AREA VASTA N. 2 - DISTRETTO DI ANCONA

- n. 4 incarichi a 38 ore sett.li cad. - Potes del Distretto di Ancona

AREA VASTA N. 2

- POTES JOLLY n. 3 incarichi a 38 ore sett.li cad.

AREA VASTA N. 3

- n. 8 incarichi a 38 ore sett.li cad. - Potes dell'Area Vasta 3

AREA VASTA N. 4

- n. 6 incarichi a 38 ore sett.li cad. - Potes del Distretto unico di Fermo

Procedure per il conferimento degli incarichi di Emergenza Sanitaria Territoriale rilevati all'01.09.2020 sulla base delle comunicazioni inviate dalle Aree Vaste della Regione Marche.

- 1) Le domande di trasferimento o di iscrizione, conformemente agli allegati che seguono, dovranno essere spedite a mezzo:

- **Raccomandata A.R. all'A.S.U.R. - Area Vasta n. 2 - U.O.C. DAT - Gestione Graduatorie Regionali - Sede Legale di Fabriano - Via Turati 51 - 60044 Fabriano, entro 20 giorni a decorrere dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente bollettino. Nella busta dovrà essere specificato: contiene domanda per incarichi per Graduatorie Regionali.**

- **PEC all'indirizzo areavasta2.asur@emarche.it entro 20 giorni a decorrere dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente bollettino. Nella domanda dovrà essere applicata la marca da bollo e, in allegato, dovrà essere prodotta la "dichiarazione assolvimento imposta di bollo".**

Le domande si considereranno prodotte in tempo utile solo se spedite entro il termine indicato. A tal fine farà fede il timbro con la data dell'ufficio postale o la data di spedizione della PEC. Non verranno considerate le domande spedite oltre il termine di scadenza sopra indicato, quale ne sia la causa.

- 2) In allegato alla domanda gli aspiranti dovranno inoltrare **una dichiarazione sostitutiva di atto notorio** attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, **trattamenti di pensione** e se si trovino **in posizione di incompatibilità (vedere allegato)** e **copia fronte retro di un documento d'identità** in corso di validità.
- 3) Le graduatorie regionali annuali di settore definitive cui fare riferimento sono quelle valide per l'anno 2020.
- 4) Per l'attribuzione degli incarichi di Emergenza Sanitaria Territoriale, si applicheranno le norme di cui all'art. 7 ACN MG del 21/06/2018 e art. 11 ACN MG del 18/06/2020:

- Art. 7 comma 6 lettera a): per trasferimento, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato nell'EST/118 che risultino titolari da almeno 1 anno di incarico nella Regione Marche e quelli titolari da almeno 2 anni in altra Regione.
(I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di 1/3 dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo si approssimano all'unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento).
 - Art. 7 comma 6 lettera b): medici inclusi nella graduatoria regionale di settore per l'anno in corso in possesso dei requisiti necessari per l'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale;
 - Art. 7 comma 6 lettera 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 in graduatoria regionale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda (i medici verranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea).
 - Art. 11 ACN MG 18/6/2020: medici frequentanti il Corso di Formazione specifica in Medicina Generale presso la Regione Marche (art. 9, c. 1, D.L. 14 dicembre 2018 n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12);
 - Art. 11 ACN MG 18/6/2020: medici di cui all'art.12, c.3, del D.L. 30 aprile 2019, n.35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60.
- 5) La mancata presenza, il giorno della convocazione, costituirà rinuncia all'incarico (art. 7, comma 15, dell'A.C.N. del 21/6/2018).
- 6) L'U.O.C. DAT - Gestione Graduatorie Regionali - provvederà alla convocazione, mediante Raccomandata A.R. , dei medici aventi titolo, secondo graduatoria, al conferimento degli incarichi dichiarati carenti e pubblicati, presso la sede che la stessa indicherà, in maniera programmata e per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione (art. 7, comma 14 ACN MG del 21.06.2018).
- 7) In relazione al perdurare dell'emergenza epidemiologica COVID-19 ci si riserva di attivare modalità alternative alla convocazione di un incontro (procedure telematiche) per il conferimento degli incarichi.
- 8) L'U.O.C. DAT - Gestione Graduatorie Regionali, espletate tutte le formalità per l'accettazione degli incarichi, comunicherà alle Aree Vaste interessate i nominativi dei medici che hanno accettato gli incarichi. Queste ultime conferiranno definitivamente gli incarichi a tempo indeterminato, previa ulteriore rilevazione di eventuali incompatibilità.
- N.B. I medici che presenteranno domanda per accedere ai servizi di Emergenza Sanitaria Territoriale dovranno allegare copia fotostatica non autenticata dell'attestato di idoneità di formazione previsto dall'art. 66 del D.P.R. 484/96, dall'art. 22 del D.P.R. 41/91 e dall'art. 22, comma 5, del d.p.r. 292/87 oppure dichiarazione sostitutiva di certificazione atta a comprovare il possesso dell'allegato sopra indicato, ai sensi delle norme vigenti.**

BOLLO
€ 16,00

ALL'ASUR - AREA VASTA N.2
SEDE LEGALE DI FABRIANO
UOC DAT - Ufficio Gestione Graduatorie Regionali
Via Turati 51- 60044 FABRIANO

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA
SANITARIA TERRITORIALE (A.C.N. M.G. del 21.06.2018 e A.C.N. M.G. del 18/6/2020)
(per trasferimento)**

...l... sottoscritt... Dott..... nat..... a
(cognome) (nome)
Prov.....il..... codice fiscale.....
(giorno-mese-anno)
Cell. n° e-mail PEC

DICHIARA

di essere residente a prov..... via..... n° C.A.P.....
tel. e-mail..... a far data dal di essere
residente nel territorio della Regione dal..... di essere titolare di incarico a tempo
indeterminato per la Emergenza Sanitaria Territoriale presso l'ASL n.di della Regione...../o l'Area Vasta
n.....Distretto di..... della Regione Marche /dal e con anzianità complessiva di Emergenza Sanitaria
Territoriale pari a mesi n°.....;

FA ISTANZA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 7, comma 6, lett. A), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 21.06.2018
e ss.mm. e ii., per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale
della Regione Marche n°.....del.....e, segnatamente per i seguenti incarichi:

Potes Distretto di AV n.... di.....
Potes Distretto di AV n.... di.....
Potes Distretto di AV n.... di.....
Potes Distretto di AV n.... di.....
Potes Distretto di AV n.... di.....
Potes Distretto di AV n.... di.....

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere ai
sensi dell'art. 7, comma 6, lettera a) dell'A.C.N. del 21.06.2018 e l'anzianità complessiva di incarico in Emergenza Sanitaria
Territoriale:
allegati n°..... (.....) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza;
 al seguente domicilio: Comune.....C.A.P.....Prov..... Via n.

Data.....
(firma per esteso)

BOLLO
€ 16,00

ALL'ASUR - AREA VASTA N.2
SEDE LEGALE DI FABRIANO
UOC DAT - Ufficio Gestione Graduatorie Regionali
Via Turati 51- 60044 FABRIANO

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA
SANITARIA TERRITORIALE (A.C.N. M.G. del 21.06.2018 e A.C.N. M.G. del 18/6/2020)
(per graduatoria/titoli)**

...l... sottoscritt... Dott..... nat..... a.....
(cognome) (nome)

Prov..... il..... codice fiscale.....
(giorno-mese-anno)

Cell. n° e-mail PEC

DICHIARA

di essere residente:

nella Regione Marche dal nel Comune Prov. dal
via n. CAP

presso altra Regione

di essere:

già inserito nella graduatoria regionale di settore della Regione Marche – anno 2020-, con punteggio; (art.7 c.6 lettera B) dell'ACN del 21/6/2018)

in possesso dei requisiti di cui all'art.7 c.6 lettera C) dell'ACN del 21/6/2018 (Attestato di Formazione conseguito successivamente il termine di scadenza della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso) Laureato/a dal..... con voto.....;

in possesso dei requisiti di cui all'art.11 dell'ACN del 18/6/2020 lettera D) (medici che frequentano il corso di Formazione specifica in Medicina Generale nella Regione Marche) Laureato/a dal..... con voto.....;
Triennio frequentato 1° 2° 3° Data di effettivo inizio del corso

in possesso dei requisiti di cui all'art.12, c.3, del DL 30/4/2019 n.35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n.60 Laureato/a dal..... con voto.....;

FA ISTANZA

di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche n°.....del.....e, segnatamente per i seguenti incarichi:

Potes Distretto di AV n.... di.....

Potes Distretto di AV n.... di.....

Potes Distretto di AV n.... di.....

Potes Distretto di AV n.... di.....

Il sottoscritto dichiara di essere titolare di Continuità Assistenziale presso l'ASL n.....di.....Regione...../o Area Vasta n.....di.....Distretto n...../ , a far data dal.....;

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

la propria residenza;

al seguente domicilio: Comune.....C.A.P.....Prov.....Vian.

Allega alla presente:

- certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva;
- copia dell'attestato di idoneità all'esercizio del 118

Data.....
(firma per esteso)

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott.....nato a.....Prov.....
il.....residente in..... Prov..... Via/Piazza.....n°...
Iscritto all'Albo dei della Provincia di..... consapevole
delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

dichiara formalmente di

1. essere/non essere¹ titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati¹:
Soggetto....., ore settimanali.....
Via..... Comune di.....
Tipo di rapporto di lavoro.....
Periodo dal.....;
2. essere/non essere¹ titolare di incarico come medico di Assistenza Primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n°..... scelte e con n°..... scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di..... Azienda.....;
3. essere/non essere¹ titolare di incarico come medico di Pediatria di Libera Scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n°..... scelte periodo dal.....;
4. essere/non essere¹ titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato¹ come Specialista ambulatoriale convenzionato interno²:
Azienda _____ Branca _____ Ore sett./li _____
Azienda _____ Branca _____ Ore sett./li _____
5. essere/non essere¹ iscritto negli elenchi dei Medici Specialisti convenzionati esterni²:
Provincia.....Branca.....
Periodo: dal.....;
6. avere/non avere¹ un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c.5, Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
Azienda..... Via.....
Tipo di attività
Periodo: dal

7. essere/non essere¹ titolare di incarico di Guardia Medica, nella Continuità Assistenziale o nella Emergenza Sanitaria Territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato¹, nella Regione.....
 O in altra Regione²:
 RegioneAzienda..... Ore sett.li.....
 in forma attiva – in forma di disponibilità¹ ;
8. essere/non essere¹ in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale previsto dall'art. 66 del D.P.R. 484/96, dall'art. 22 del D.P.R. 41/91 e dall'art. 22, comma 5, del D.P.R. 292/87:
 rilasciato da in data.....;
9. essere/ non essere iscritto¹ a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al Decreto Leg.vo n° 368/99:
 Denominazione del corso.....
 Soggetto pubblico che lo svolge.....
 Inizio dal.....
10. operare/ non operare¹ 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 Leg.vo n° 502/92 e successive modificazioni²:
 Organismo.....ore sett.li.....
 ViaComune di.....
 Tipo di attività
 Tipo di rapporto di lavoro.....
 Periodo: dal.....
11. operare/non operare¹ a qualsiasi titolo in Presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:²
 Organismo.....ore sett.li.....
 Via.....Comune di.....
 Tipo di attività.....
 Tipo di rapporto di lavoro.....
 Periodo:dal.....

12. svolgere/non svolgere¹ funzioni di medico di fabbrica² o di medico competente ai sensi del D.Lgs 9/04/2008 n. 81:
Azienda.....ore sett.li.....
Via..... Comune di.....
Periodo: dal.....;
13. svolgere/non svolgere¹ per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:²
Azienda..... Comune di.....
Periodo: dal.....;
14. avere/non avere¹ qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:²
.....
.....
Periodo: dal.....;
15. essere/non essere¹ titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/ non esercitare attività che possono configurare conflitto di interesse col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:
.....
.....
16. fruire/non fruire¹ del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del Fondo di Previdenza competente di cui al Decreto 14/10/1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
Periodo: dal.....;
17. svolgere/non svolgere¹ altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna):
.....
.....
Periodo: dal.....;

18. essere/non essere¹ titolare di incarico nella Medicina dei Servizi o nelle Attività Territoriali Programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato:^{1, 2}

Azienda..... Comune di..... ore sett.li.....

Tipo di attività.....

Periodo: dal.....;

19. operare/non operare¹ 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 da dichiarare relativamente ai rapporti di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico:.....

Via.....; Comune di.....

Tipo di attività.....

Tipo di rapporto di lavoro.....

Periodo: dal.....;

20. essere/non essere¹ titolare di trattamento di pensione:²

.....

.....

Periodo: dal.....;

21. fruire/non fruire¹ del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:²

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento.....

.....

Periodo: dal.....;

NOTE

.....

.....

.....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

....I.... sottoscritt..... si impegna a fare cessare l'attività sopra indicata qualora l'attività stessa costituisca incompatibilità al momento dell'attivazione dell'incarico.

(1) Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del DPR 445/2000)

(2) Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia fronte retro non autenticata di un documento di riconoscimento in corso di validità. Ai sensi del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n. 2016/679/UE e del Codice della Privacy, D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, si informa che:

- Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento della formazione della graduatoria utile per l'assegnazione degli incarichi. Il trattamento viene effettuato avvalendosi sia di strumenti cartacei che informatici.
- Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, la S.V. non potrà essere inserita in detta graduatoria.
- I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche e sul sito istituzionale dell'ASUR Marche.
- L'art. 7 del citato Decreto conferisce alla S.V. l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelleggibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati; di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali.
- Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è l'Area Vasta n.2 – ASUR MARCHE.

In fede.

Data.....

Firma per esteso.....

¹ Cancellare la parte che non interessa.

² Completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente, utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".

ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO**DICHIARAZIONE**

Ex Art. 46 e 47 DPR 445/2000

Il sottoscritto _____, nato a _____
(prov. _____) il _____ M_ F_ Codice Fiscale _____
Residente a _____ (prov. _____)
Via _____ n. _____ Cap _____ telefono _____
Indirizzo mail/PEC _____

relativamente al procedimento telematico allegato alla presente dichiarazione per:

essendo obbligatorio indicare la modalità di assolvimento dell'imposta di bollo, avvalendosi della facoltà prevista dall'art. 3 del Decreto Interministeriale 10/11/2011, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 e dall'art 483 del CP nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

Dichiara

- Che l'imposta di bollo è stata assolta in modo virtuale tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo da 16 € sull'originale cartaceo della domanda e che la marca da bollo ha il seguente n. seriale identificativo:

- Che la marca da bollo indicata è destinata **esclusivamente alla presentazione della presente istanza e** non sarà utilizzata per qualsiasi altro adempimento.

- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sugli atti presentati e pertanto si impegna a conservare il presente documento ed a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

La presente dichiarazione deve essere firmata in forma autografa o digitale da chi la rende. Qualora la stessa sia firmata con dichiarazione autografa, la stessa deve essere corredata da copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

Data, _____

(firma)

Ogni comunicazione deve essere inoltrata a:
ASUR-Area Vasta 2 - Via Turati n. 51 - 60044 Fabriano (AN) - tel 071 8705872
PEC: areavasta2.asur@emarche.it