



Allegato A

AVVISO PUBBLICO

PER LA FORMULAZIONE DI UNA GRADUATORIA DISTRETTUALE DI DISPONIBILITA' DA UTILIZZARE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO DI ATTIVITA' ASSISTENZIALI PRESSO LE STRUTTURE RESIDENZIALI DEL DISTRETTO DI PESARO DELL'AREA VASTA 1.

SI RENDE NOTO

che questa Area Vasta 1 procederà alla formulazione di una graduatoria distrettuale di disponibilità, dalla quale reclutare medici di assistenza primaria e titolari di continuità assistenziale per il conferimento di incarichi a tempo determinato, per l'espletamento di Attività Assistenziali presso le strutture residenziali del Distretto di Pesaro dell'Area Vasta 1

I medici di Assistenza primaria, interessati all'inserimento nella graduatoria di cui all'oggetto, con priorità per quelli residenti nei Comuni afferenti al Distretto per il quale si inoltra domanda, saranno graduati secondo la valutazione ed il possesso dei seguenti titoli:

- a) Anzianità di convenzione di assistenza primaria:**

da 0 a 10 anni	punti 3	
da 11 a 20 anni	punti 2	
oltre 20 anni	punti 1	

- b) Numero dei pazienti in convenzione**

Fino a 500 pazienti	punti 6	
Da 501 a n. 1000 pazienti	punti 4	
Oltre n. 1000 pazienti	punti 2	

- c) Precedenti esperienze in RSA**

Per ciascun anno di attività	punti 0,70	fino ad un max di punti 3,5
------------------------------	------------	-----------------------------

- d) Specializzazioni Equipollenti ed Affini**

	punti 0.50	
--	------------	--

- e) Attestato del Corso Formazione specifica in Medicina Generale**

	punti 6	
--	---------	--



È data facoltà anche ai titolari di continuità assistenziale di partecipare al presente avviso; gli stessi saranno graduati secondo l'anzianità di convenzionamento nel servizio stesso.

Il medico che detiene entrambe le convenzioni di A.P. e di C.A., sarà valutato quale medico di A.P.

In ogni caso, nell'interpello al fine del conferimento degli incarichi, sarà data priorità ai medici di Assistenza Primaria.

Ai fini del calcolo dei punteggi relativi al servizio svolto, tutte le frazioni di mese dell'anno sono sommate. L'eventuale residuo pari ad una frazione superiore a 15 giorni è valutato come mese intero;

Non sono valutabili attività e titoli che non siano espressamente previste ed elencate.

Non saranno inoltre valutate le informazioni che non siano state fornite a questa amministrazione in forma dettagliata e/o leggibile.

A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e, infine l'anzianità di laurea.

Gli aspiranti dovranno presentare domanda redatta in carta semplice, secondo il modello che si allega al presente avviso, a pena di nullità, inviandola a mezzo pec al seguente indirizzo **areavasta1.asur@emarche.it** entro e non oltre il 10 °giorno successivo alla pubblicazione della Determina di approvazione del presente avviso sull'albo pretorio dell'ASUR Marche, pena l'esclusione dagli incarichi medesimi

Non si prenderanno in considerazione domande non redatte secondo il fac-simile allegato, non firmate, non debitamente compilate e/o fatte pervenire a mezzo fax.

I candidati dovranno inviare, insieme alla domanda, anche la fotocopia di un valido documento di riconoscimento ed eventualmente copia del permesso di soggiorno o di qualsiasi altro documento valido dal quale si possa accertare la regolare presenza in Italia del candidato.

I medici saranno contattati, eventualmente, per l'assegnazione degli incarichi esclusivamente a mezzo e-mail.

La Area Vasta 1 si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone comunicazione, agli interessati, tramite il sito internet dell'ASUR Marche.

**IL DIRETTORE AREA VASTA 1
Dr. Romeo Magnoni**



Allegato B

DOMANDA PER LA FORMULAZIONE DI UNA GRADUATORIA DISTRETTUALE DI DISPONIBILITA' DA UTILIZZARE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO DI ATTIVITA' ASSISTENZIALI PRESSO LE STRUTTURE RESIDENZIALI DEL DISTRETTO DI PESARO DELL'AREA VASTA 1.

AL DIRETTORE DI AREA VASTA 1
VIA CECCARINI, 38
61032 FANO (PU)

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

chiede di essere inserito nella graduatoria distrettuale di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato per l'espletamento di Attività Assistenziali presso le strutture residenziali del Distretto di Pesaro dell'AV1, ed a tal fine dichiara di essere interessato ad effettuare la propria attività presso (barrare opzione prescelta):

DISTRETTO DI PESARO

Residenze sanitarie:

- R.S. Galantara Pesaro*
- R.S. Bricciotti Mombaroccio*
- R.S. Tomasello Pesaro*

Residenze Protette:

- R.P. Santa Colomba(Casa Aura/Roverella) Pesaro*
- R.P. Beato Sante Mombaroccio*
- R.P. "Maestre Pie dell'Addolorata" di Via Spada*
- R.P. "Padre Damiani*



Consapevole delle sanzioni penali, previste dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000 anche per i reati di "falsità in atti" e "uso di atto falso", dichiara sotto la propria personale responsabilità di:

- Essere titolare di convenzione per l'assistenza primaria dal _____;
- Essere titolare di convenzione per la Continuità Assistenziale dal _____;
- Avere alla data del 15/03/2021 il seguente numero di assistiti _____;
- Avere prestato attività assistenziale presso strutture residenziali nei seguenti periodi (anche non continuativi):
dal _____ al _____
dal _____ al _____
dal _____ al _____
dal _____ al _____
- Di possedere la seguente specializzazione _____
- Di essere/non essere in possesso dell'attestato del Corso di formazione specifica in medicina generale

Dichiara altresì:

- di essere nato/a a _____ in data _____;
- di risiedere a _____ (____) CAP _____ Regione _____
- in via _____ n. _____
- telefono _____ e-mail (obbligatoria) _____
- codice fiscale _____
- di essersi laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di _____
- in data _____ (giorno/mese/anno) con votazione _____;
- di essersi abilitato alla professione in data _____;
- di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi-Odontoiatri di _____
- al n° _____;



Dichiara, inoltre:

- DI NON TROVARSI IN POSIZIONE DI INCOMPATIBILITÀ AI SENSI DELL'ART.17, COMMA 1, LETTERE B)-C)-D)-E) E COMMA 2, LETTERE A)-B)-C)-D)-F).

– per comunicazioni inviare a _____ via _____
città _____ prov. _____ CAP _____ tel. _____

cellulare _____

E-MAIL (OBBLIGATORIA) _____ ;

Si allega copia documento d'identità.

Si allega (se non cittadino italiano) copia del permesso di soggiorno o di qualsiasi altro documento valido dal quale si possa accertare la regolare presenza in Italia del candidato.

Luogo e data _____

In fede _____

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____

In fede _____