

AVVISO PUBBLICO

In esecuzione della Determina del DG Ast n. 522 del 30/04/2024

AVVISO PUBBLICO PER LA FORMULAZIONE DI UNA GRADUATORIA PER IL CONFERIMENTO DI EVENTUALI INCARICHI PROVVISORI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA NEL TERRITORIO DELLA AST DI PESARO-URBINO

SI RENDE NOTO

che questa AST di Pesaro e Urbino, procederà alla formulazione di una graduatoria finalizzata al conferimento di eventuali incarichi provvisori di Pediatria di Libera Scelta che si dovesse rendere necessario assegnare a seguito del verificarsi di una carenza o sostituzione di assistenza pediatrica, nel territorio della Ast, ai sensi degli art. 34 e 35, dell'ACN PLS del 28/04/2022.

In particolare, l'art. 35 prevede che "in attesa del conferimento di incarico a tempo indeterminato di Pediatria di Libera Scelta ai sensi dell'art. 31, l'Azienda può conferire un incarico provvisorio utilizzando la graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'art. 19, comma 7, con priorità per i pediatri residenti nell'ambito territoriale carente, nell'Azienda, successivamente nella Regione ed infine fuori Regione".

I medici interessati, inseriti nella graduatoria regionale di settore, valevole per l'anno 2024, saranno graduati secondo l'ordine di punteggio.

I medici in possesso della specializzazione in Pediatria, o discipline equipollenti, conseguita successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale saranno graduati ai sensi dell'art. 19, comma 8, dell'ACN PLS del 28/04/2022.

In subordine, rispetto ai punti precedenti, potranno partecipare all'avviso tutti i medici che abbiano acquisito la specializzazione in Pediatria, o discipline equipollenti, che saranno graduati in base ai criteri previsti dall'art. ai sensi dell'art. 19, comma 8, dell'ACN PLS del 28/04/2022.

Infine, potranno partecipare all'avviso i medici iscritti al corso di specializzazione in Pediatria, che saranno graduati nell'ordine dell'anzianità di iscrizione al corso di specializzazione, della minore età posseduta al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

Gli aspiranti dovranno presentare domanda in bollo (€ 16,00), secondo il modello che si allega al presente avviso, corredato della dichiarazione relativa all'assolvimento del bollo, unicamente mediante **posta elettronica certificata**, a pena di nullità, al seguente indirizzo

ast.pesarourbino@emarche.it

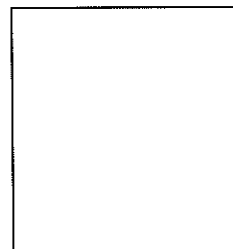
entro e non oltre il quindicesimo giorno successivo a quello della pubblicazione sull'albo pretorio online aziendale.

Non si prenderanno in considerazione domande non redatte secondo il fac-simile allegato all'avviso, non firmate, non debitamente compilate o prive della dichiarazione relativa all'assolvimento del bollo.

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.

L'AST di Pesaro Urbino si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone comunicazione, agli interessati, tramite il sito online aziendale.

Il Direttore Generale
Dr.ssa Nadia Storti



(Marca da bollo)

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA PER IL CONFERIMENTO DI
EVENTUALI INCARICHI PROVVISORI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA NEL TERRITORIO
DELLA AST DI PESARO E URBINO**

AL DIRETTORE GENERALE DELLA AST PESARO URBINO
P.LE CINELLI, 4 – 61121 PESARO

AL DIRIGENTE U.O.C. GESTIONE AMMINISTRATIVA
PERSONALE CONVENZIONATO AV1
VIA CECCARINI, 38
61032 FANO (PU)

Il/La sottoscritto/a Dr./ssa _____

chiede di essere inserito nella graduatoria per il conferimento di eventuali incarichi provvisori di Pediatria di Libera Scelta nel territorio della AST di Pesaro e Urbino e, a tal fine, 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 (barrare un'opzione):

- a) essere inserito nella graduatoria Regione Marche del settore Pediatria di Libera Scelta (art.19 dell'ACN Pls del 28/04/2022), attualmente vigente (anno 2024), con il punteggio di _____;
- b) essere in possesso della specializzazione in Pediatria, o discipline equipollenti, conseguita successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale e precisamente in data _____ presso _____ con la votazione _____;
- c) di essere in possesso della specializzazione in Pediatria, o discipline equipollenti, conseguita in data _____ presso _____ con la votazione _____;
- d) di essere iscritto al _____ (indicare annualità di corso) del corso di specializzazione in pediatria (L. n. 18 del 23/02/2024, legge di conversione del D.L. Milleproroghe);

I medici di cui ai punti b) e c), saranno graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età, ai sensi dell'art. 19, comma 8, dell'ACN PLS del 28/04/2022.

I medici di cui al punto d), saranno graduati nell'ordine dell'anzianità di iscrizione al corso di specializzazione in pediatria, della minore età posseduta al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE EX ART 46 DPR 445/2000

(compilare correttamente ogni punto):

- di essere nato/a a _____ in data _____;
- di risiedere a _____ ()_Cap . _____ Regione _____ in via _____ n. _____
- cittadinanza _____ (se non italiana) stato di provenienza _____ permesso di soggiorno rilasciato il _____ scadenza _____,
- codice fiscale _____;
- di essersi laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di _____ in data _____ (giorno/mese/anno) con votazione _____;
- di avere acquisito la specializzazione in Pediatria, o discipline equipollenti 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 _____ il _____ al n° _____;
- Di avere/non avere tutt'ora in corso rapporti di lavoro pubblici/privati; se sì, indicare il tipo di rapporto _____ datore di lavoro _____ periodo dal _____ al _____ n. ore sett.li _____
- Di non trovarsi in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 20 dell'ACN/2022 per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta

Il/la sottoscritto/a, dichiara, inoltre, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 27/04/2016 n. 2016/679/UE e del Codice della Privacy, D. Lgs. 196/2003 e s.m.i, e che i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa; che i dati personali saranno pubblicati sul sito istituzionale.

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Azienda al trattamento dei propri dati personali e si impegna a comunicare qualsiasi variazione intervenga in merito a quanto sopra dichiarato.

Luogo e data _____

in fede _____

- 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.

DICHIARAZIONE ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

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:

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA PER IL CONFERIMENTO DI
EVENTUALI INCARICHI PROVVISORI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA NEL TERRITORIO
DELLA AST DI PESARO E URBINO**

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 autografamente la dichiarazione deve essere accompagnata da copia di un documento di identità valido.

Data _____

firma _____