AVVISO PUBBLICO

In esecuzione della Determina del Direttore Generale AST n. 1370 del 06/11/2025

AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO A TEMPO DETERMINATO DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA NEL COMUNE DI URBINO - DISTRETTO DI URBINO - DELL'AST DI PESARO E URBINO

SI RENDE NOTO

che questa AST di Pesaro e Urbino procederà al conferimento di un incarico a tempo determinato di Pediatria di Libera Scelta nel Distretto di Urbino, con ambulatorio principale nel Comune di Urbino, ai sensi dell'art. 35 dell'ACN PLS del 25/07/2024, a decorrere dal 01/12/2025, per un periodo fino ad un anno, nelle more della eventuale pubblicazione e relativa assegnazione della zona carente.

I medici interessati, inseriti nella graduatoria regionale di settore, valevole per l'anno 2025, 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 25/07/2024.

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 25/07/2024.

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, secondo il modello che si allega al presente avviso, unicamente mediante **posta elettronica certificata,** a pena di nullità, al seguente indirizzo

ast.pesarourbino@emarche.it

entro e non oltre il settimo 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 o non debitamente compilate.
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. Alberto Carelli

AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO A TEMPO DETERMINATO DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA NEL COMUNE DI URBINO - DISTRETTO DI URBINO - DELL'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 di disponibilità per il conferimento di un incarico a tempo determinato di Pediatria di Libera Scelta nel Distretto di Urbino dell'Ast di Pesaro Urbino, con ambulatorio principale nel Comune di 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 25/07/2024), attualmente vigente (anno 2025), 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 (D.L. n. 202/2024 - c.d. Milleproroghe -, convertito in L. n. 15/2025)

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 25/07/2024.
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 si, 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/2024 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.