

SCADE IL

27/07/2026

DET. DG AST PU N. 879
20/07/26

AVVISO PUBBLICO

PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO A TEMPO DETERMINATO NEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA NEI COMUNI DI ISOLA DEL PIANO/MONTEFELCINO DEL DISTRETTO DI FANO – AST DI PESARO E URBINO

SI RENDE NOTO

che questa Azienda Sanitaria di Pesaro e Urbino, procederà al conferimento di un incarico a tempo determinato nel ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, con apertura delle giornate di ambulatorio da suddividersi tra i Comuni di Isola del Piano e di Montefelcino - Distretto di Fano, ai sensi dell'art. 37 dell'ACN MMG del 15/01/2026, a decorrere dal 01/09/2026, per un periodo fino ad un anno, eventualmente rinnovabile, nelle more della pubblicazione ed eventuale assegnazione della zona carente.

I medici interessati, con priorità per quelli residenti nell'ambito stesso (tutti i Comuni del Distretto di Fano) saranno graduati secondo l'ordine della Graduatoria regionale di settore, valevole per l'anno 2026.

I medici in possesso dell'Attestato del Corso di Formazione in M.G. ed i medici abilitati all'esercizio della professione medica ed iscritti all'Ordine dei medici, potranno partecipare al presente avviso e saranno graduati secondo la minore età al momento del conseguimento della 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 ast.pesarourbino@emarche.it entro e non oltre il settimo giorno successivo alla pubblicazione sull'albo pretorio dell'AST di Pesaro e Urbino.

Non si prenderanno in considerazione domande non redatte secondo il fac-simile allegato, 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.

La AST si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone comunicazione agli interessati tramite il proprio sito internet.

Il Direttore Generale
Dr. Alberto Carelli

DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO A TEMPO DETERMINATO NEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA NEI COMUNI DI ISOLA DEL PIANO/MONTEFELCINO DEL DISTRETTO DI FANO – AST DI PESARO E URBINO

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

AL DIRIGENTE U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA
TERRITORIALE AST DI PESARO E URBINO
VIA CECCARINI, 38 - 61032 FANO (PU)

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

chiede di essere inserito nella graduatoria di disponibilità per il conferimento di un incarico a tempo determinato nel ruolo unico di assistenza primaria, con apertura delle giornate di ambulatorio da suddividersi tra i Comuni di Isola del Piano e di Montefelcino – Distretto di Fano – AST Pesaro e Urbino, a partire dal 01/09/2026, ed 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 (barrare la voce che interessa)

- 1) di essere inserito nella graduatoria Regione Marche del settore Assistenza Primaria (art.19 A.C.N./2026) valevole per l'anno 2026 con il punteggio di _____
OPPURE
- 2) di essere in possesso dell'Attestato del Corso di Formazione in M.G., conseguito nell'anno _____ presso _____ ancorchè non inserito nella Graduatoria Regionale di settore vigente
OPPURE
- 3) di essere abilitato all'esercizio della professione medica ed essere iscritto all'ordine dei medici di _____ al n. _____

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 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 _____ n. ore sett.li _____

periodo dal _____ al _____ c/o - datore di lavoro _____

Dichiara, inoltre:

DI NON TROVARSI IN POSIZIONE DI INCOMPATIBILITÀ AI SENSI DELL'ART. 21 DELL'ACN MMG DEL 15/01/2026.

per comunicazioni inviare a _____ via _____

città _____ prov. _____ CAP _____ cellulare _____

e-mail (obbligatoria) _____;

pec (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_____