AVVISO PUBBLICO

In esecuzione della Determina del DG AST n. 1430 del 18/11/2026

PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO A TEMPO DETERMINATO NEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA NEL COMUNE DI ACQUALAGNA DEL DISTRETTO DI URBINO – 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, nel Comune di Acqualagna - Distretto di Urbino, ai sensi dell'art. 37 dell'ACN MMG del 15/01/2026, a decorrere dal 01/01/2027, per un periodo fino ad un anno, 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 Urbino) 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 esclusivamente 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 NEL COMUNE DI ACQUALAGNA DEL DISTRETTO DI URBINO – 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
VIA CECCARINI, 38 - 61032 FANO (PU)

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

chiede di essere inserito nella graduatoria di disponibilità per il conferimento di un incarico a tempo determinato nel ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta nel Comune di Acqualagna – Distretto di Urbino – AST Pesaro e Urbino, a partire dal 01/01/2027, nelle more della pubblicazione ed eventuale assegnazione della zona carente, 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, comma 6, lett. a) 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 si, 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_____