

cui acqua sarà utilizzata a uso **itticoltura in località Serradica del Comune di Fabriano (AN)**. La concessione pluriennale prevederà un attingimento dell'acqua del subalveo del Fosso Rio Vene di Serradica tramite canale derivatore ubicato in sinistra idrografica, nella misura massima di **l/s 10** è a disposizione delle esigenze della Ditta, sita in **località Serradica del Comune di Fabriano (AN)**.

Il prelievo sarà ubicato nel terreno contraddistinto al catasto del Comune di **Fabriano (AN)** in corrispondenza del Foglio 229 Mappale 2.

Il termine entro il quale il procedimento dovrà concludersi è stabilito in gg. 180 ai sensi della Legge Regione Marche n. 5/2006, fatto salvo ulteriori gg., che dovessero risultare necessari per la verifica di valutazione ambientale ex ante, da effettuarsi dalla Nostra P.F. regionale, ai sensi del Decreto Direttoriale, del Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare STA 293/2017 e dei decreti STA/ 29/2017 e 295/2017.

Il presente Rende Noto dovrà essere affisso al prossimo B.U.R. in pubblicazione.

**Il comune di Fabriano (AN) è invitato ad affiggere all'Albo Pretorio il presente avviso, unitamente a copia della istanza, per la durata di 30 giorni consecutivi**, alla prima data disponibile, con l'invito a restituire i referti di pubblicazione, alla scrivente P.F. Regionale, che per effetto della L.R. n.13/2015 e della D.G.R.M. n.302 del 2016 è ora competente al rilascio sia della concessione pluriennale sia di quella demaniale.

S'informa, inoltre che chiunque abbia interesse, potrà prendere visione degli atti del procedimento e presentare memorie scritte, osservazioni e/o opposizioni e documenti in virtù della vigente legislazione in materia e potrà inoltrare le proprie osservazioni alla Sede della P.F. Tutela del Territorio di Ancona e Gestione del Patrimonio e al Tecnico incaricato per il sopralluogo, necessario alla verifica dei luoghi, che verrà effettuato da un Tecnico della P.F. scrivente, **il giorno 18 maggio 2021 alle ore 10,00 in località Serradica del Comune di Fabriano (AN)**.

Si precisa che il responsabile del procedimento è il Dott. Alessandro Giacchetta, della P.F. Tutela del Territorio di Ancona e Gestione del Patrimonio.

Il Dirigente  
della Posizione di Funzione  
(Ing. Stefano Stefoni)

## BANDI DI CONCORSO

### **ASUR Marche - Area Vasta n. 2 - Ancona**

*Pubblicazione dell'elenco degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria, anno 2021, sulla base delle comunicazioni trasmesse dalle Aree Vaste della Regione Marche.*

#### **AREA VASTA N. 1 - DISTRETTO DI PESARO**

Carenze: *n.: 12*

- *n. 9 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Pesaro*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Tavullia*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Gabicce Mare*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Vallefoglia*

#### **AREA VASTA N. 1 - DISTRETTO DI FANO**

Carenze: *n.: 8*

- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Fossombrone*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Colli al Metauro*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Cartoceto*
- *n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Pergola*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Mondolfo*
- *n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di San Lorenzo in Campo*

#### **AREA VASTA N. 1 - DISTRETTO DI URBINO**

Carenze: *n.: 4*

- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Acqualagna*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Frontino*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Fermignano*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Peglio*

**AREA VASTA N. 2 - DISTRETTO DI ANCONA**Carenze: n.: 23

- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Agugliano
- n. 6 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Ancona
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Camerano
- n. 5 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Falconara M.ma
- n. 3 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Loreto
- n. 3 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Montemarciano
- n. 3 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Osimo

**AREA VASTA N. 2 - DISTRETTO DI JESI**Carenze: n.: 9

- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Belvedere Ostrense
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Castelleone di Jesi
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Cingoli
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Filottrano
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Jesi
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Santa Maria Nuova
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Staffolo

**AREA VASTA N. 2 - DISTRETTO DI FABRIANO**Carenze: n.: 3

- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Fabriano
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Serra San Quirico

**AREA VASTA N. 2 - DISTRETTO DI SENIGALLIA**Carenze: n.: 6

- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Castelleone di Suasa
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Senigallia

- n. 3 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Trecastelli

**AREA VASTA N. 3 - DISTRETTO DI MACERATA**Carenze: n.: 9

- n. 6 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Macerata
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Corridonia
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Petriolo
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Treia

**AREA VASTA N. 3 - DISTRETTO DI CAMERINO**Carenze: n.: 3

- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Esanatoglia
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Matelica
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di San Severino Marche

**AREA VASTA N. 3 - DISTRETTO DI CIVITANOVA MARCHE**Carenze: n.: 19

- n. 6 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Civitanova Marche
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Monte San Giusto
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Montecosaro
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Montefano
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Montelupone
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Morrovalle
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Porto Recanati
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Potenza Picena
- n. 3 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Recanati

**AREA VASTA N.4 - DISTRETTO DI FERMO**Carenze: n.: 20

- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Altidona

- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Porto S'Elpidio
- n. 3 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Sant'Elpidio a Mare
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Monte Giberto
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Montegranaro
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Ortezzano
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Ponzano di Fermo
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Torre San Patrizio
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Pedaso
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Amandola
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Monte Urano
- n. 3 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Fermo
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Massa Fermana
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Montegiorgio

#### **AREA VASTA N. 5 - DISTRETTO DI ASCOLI PICENO**

Carenze: *n.:* 14

- n. 5 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Ascoli Piceno
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Folignano
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Maltignano
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Castel di Lama
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Castignano
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Castorano
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Comunanza
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Rotella
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Roccafluvione

#### **AREA VASTA N. 5 - DISTRETTO DI SAN BENEDETTO**

Carenze: *n.:* 3

- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di San Benedetto del Tronto
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Cupra marittima

*Procedure per il conferimento degli incarichi carenti di Assistenza Primaria rilevati per l'anno 2021 sulla base delle comunicazioni inviate dalle Aree Vaste della Regione Marche.*

- 1) Le domande di trasferimento o di iscrizione, conformemente agli allegati che seguono, dovranno essere spedite:

- o a mezzo **Raccomandata A.R. all'A.S.U.R. - Area Vasta n. 2 - UOC DAT- Gestione Graduatorie Regionali - Sede Amministrativa di Fabriano - Via Turati 51- 60044 Fabriano;**
- a mezzo PEC all'indirizzo [areavasta2.asur@emarche.it](mailto:areavasta2.asur@emarche.it);

**entro 20 (venti) giorni a decorrere dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente bollettino. Nella busta dovrà essere specificato: contiene domanda per assegnazione incarichi per Graduatorie Regionali di Assistenza Primaria.**

Le domande si considereranno prodotte in tempo utile solo se spedite entro il termine indicato. In caso di raccomandata farà fede il timbro con la data dell'ufficio postale. Non verranno considerate le domande spedite oltre il termine di scadenza sopra indicato, quale ne sia la causa. **Sulla domanda spedita tramite PEC dovrà essere presente la marca da bollo; inoltre dovrà essere allegata la modulistica "dichiarazione assolvimento imposta di bollo" debitamente compilata e controfirmata.**

Saranno escluse le domande prive:

- delle dovute sottoscrizioni
- della marca da bollo di € 16,00
- della "dichiarazione assolvimento imposta di bollo" (obbligatoria solo in caso di spedizione via PEC)
- della copia fotostatica fronte retro di un documento di riconoscimento in corso di validità

Saranno altresì escluse le domande non complete e non conformi alla modulistica pubblicata.

- 2) In allegato alla domanda gli aspiranti dovranno inoltrare una **dichiarazione sostitutiva di atto notorio** attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, il godimento di eventuali **trattamenti di pensione**, se si trovino **in posizione di incompatibilità (vedere allegato)** e **copia di un documento d'identità** in corso di validità.
- 3) Le graduatorie regionali annuali di settore definitive cui fare riferimento sono quelle valide per l'anno 2021.
- 4) Per l'attribuzione degli incarichi di Assistenza Primaria si applicheranno le norme di cui all'art. 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 21.06.2018 e dell'art.4 dell'ACN MG del 18/06/2020 ed in particolare:
- art. 5 c.5 lettera a): per trasferimento, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria iscritti da almeno 2 anni in un elenco della Regione Marche e quelli iscritti da almeno 4 anni in un elenco di altra Regione, che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale;  
*(i trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di 1/3 dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento).*
  - Art. 5 c.5 lettera b): per titoli, i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso graduati come specificato dal comma 8 lettere a), b) e c):
    - Attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale;
    - Attribuzione di cinque punti a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (31/01/2020) e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;
    - Attribuzione di venti punti ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (31/01/2020) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.
- Art. 5 c.5 lettera c): i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda (i medici verranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea).
  - Art. 4 ACN MG 18/06/2020: i medici frequentanti il Corso di Formazione specifica in Medicina Generale presso la Regione Marche verranno convocati successivamente all'espletamento delle suddette procedure di cui all'ACN 21/06/2018.
- 5) Il conferimento degli incarichi di Assistenza Primaria relativo agli ambiti territoriali carenti rilevati per l'anno 2021, ai sensi e per gli effetti dell'ACN MG 21/6/2018, avverrà nella seguente misura:
- 80% a favore dei medici in possesso del Titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale (comma 13 lettera a);
  - 20% a favore dei medici in possesso di Titolo Equipollente, con abilitazione alla data del 31/12/1994 o antecedente (comma 13 lettera b).
- Gli incarichi verranno assegnati osservando la seguente alternanza:
- **i primi quattro posti saranno destinati ai medici in possesso dell'Attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale (aaaa),**
  - **il quinto posto sarà destinato al possessore del Titolo Equipollente (b),**
- e così di seguito, secondo la stessa alternanza (aaaa-b-aaaa-b).**
- Qualora non vengano assegnati per carenza di domande di incarico, ambiti territoriali vacanti di Assistenza Primaria spettanti ad una delle due riserve di aspiranti, gli stessi verranno assegnati all'altra riserva di aspiranti (art. 5 c.14 ACN MG 21/06/2018).
- 6) L'U.O.C. DAT - Gestione Graduatorie Regionali - provvederà alla convocazione, mediante Raccomandata A.R. , dei medici aventi titolo secondo graduatoria al conferimento degli incarichi dichiarati carenti e pubblicati, presso la sede che la stessa indicherà, in maniera programmata e per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione (art. 5, comma 18 ACN MG del 21.06.2018).
- 7) La mancata presenza, il giorno della convocazione, costituirà rinuncia all'incarico (art. 5, comma 20 ACN MG del 21.06.2018).

- 8) **In relazione all'evoluzione della situazione emergenziale della pandemia SARS COVID-19, l'Azienda si riserva di non effettuare l'incontro, ma di procedere con l'assegnazione degli incarichi vacanti in modalità telematica.**
- 9) L'U.O.C. DAT - Gestione Graduatorie Regionali, espletate tutte le formalità per l'accettazione degli incarichi, comunicherà alle Aree Vaste interessate i nominativi dei medici che hanno accettato gli incarichi. Queste ultime conferiranno definitivamente gli incarichi a tempo indeterminato, previa ulteriore rilevazione di eventuali incompatibilità.

BOLLO  
€ 16,00

ALL'ASUR - AREA VASTA N.2  
SEDE AMMINISTRATIVA DI FABRIANO  
UOC DAT - Ufficio Gestione Graduatorie Regionali  
Via Turati 51- 60044 FABRIANO

**RACCOMANDATA A.R.**

PEC: [areavasta2.asur@emarche.it](mailto:areavasta2.asur@emarche.it)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI  
DI ASSISTENZA PRIMARIA (art. 34 A.C.N. M.G. del 23.03.2005 e ss.mm. e ii.)  
( per trasferimento)**

.....sottoscritto.....dott.....nat..... a .....  
(cognome) (nome)

Prov.....il ..... codice fiscale.....  
(giorno-mese-anno)

cell. n°..... e-mail..... PEC .....

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

**DICHIARA**

Di essere residente a .....Prov.....Via.....n°..... C.A.P.....

a far data dal..... Di essere residente nel territorio della Regione ..... dal .....

Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'Assistenza Primaria presso l'ASL n..... di ..... della Regione..... o presso l'Area Vasta n..... Distretto ..... nell'ambito territoriale/Comune di..... della Regione Marche dal..... e con anzianità complessiva di Assistenza Primaria pari a mesi .....

**FA ISTANZA DI TRASFERIMENTO**

Secondo quanto previsto dall'art. 5, comma 5, lett. a), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 21.06.2018, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche n°.....del.....e, segnatamente per i seguenti ambiti:

Comune ..... Distretto.....AV.....  
Comune..... Distretto.....AV.....

**Allega** alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva, atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 5, comma 5, lettera a) dell' A.C.N. del 21.06.2018 e l'anzianità complessiva di incarico in Assistenza Primaria: allegati n°..... documenti.

**Chiede** che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza;  
 al seguente domicilio: Comune.....C.A.P..... Prov.....Via .....n. ....

Data.....  
(firma per esteso)

BOLLO  
€ 16,00

ALL'ASUR - AREA VASTA N.2  
SEDE AMMINISTRATIVA DI FABRIANO  
UOC DAT - Ufficio Gestione Graduatorie Regionali  
Via Turati 51- 60044 FABRIANO

**RACCOMANDATA A.R.**

**PEC: areavasta2.asur@emarche.it**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI  
DI ASSISTENZA PRIMARIA (art. 34 A.C.N. M.G. del 23.03.2005 e ss.mm. e ii.)  
( per graduatoria)**

.....l..... sottoscritto..... dott..... nat..... a.....  
(cognome) (nome)

Prov..... il ..... codice fiscale.....  
(giorno-mese-anno)

cell. n°..... e-mail..... PEC.....

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

**DICHIARA**

di essere residente:

- nella Regione Marche dal ..... nel Comune ..... Prov..... dal .....  
via..... n°..... C.A.P.....
- presso altra Regione .....

di essere:

- già inserito nella graduatoria regionale Medicina Generale della Regione Marche anno 2021 con punteggio .....  
 In possesso attestato Formazione specifica in MG  in possesso del Titolo equipollente
- in possesso dei requisiti di cui all'art. 5 comma 5 lettera C) dell'ACN del 21/6/2018 (Attestato di Formazione conseguito successivamente il termine di scadenza della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso), Laureato/a dal....., con voto.....;

**FA ISTANZA**

di assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche n°.....del.....e, segnatamente per i seguenti ambiti:

Comune..... Distretto.....AV.....  
Comune..... Distretto.....AV.....  
Comune..... Distretto.....AV.....  
Comune..... Distretto.....AV.....  
Comune..... Distretto.....AV.....  
Comune..... Distretto.....AV.....  
Comune..... Distretto.....AV.....

**Chiede** che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza;
- al seguente domicilio: Comune.....C.A.P.....Prov.....Via.....n.....

**Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.**

Data.....  
(firma per esteso)

RACCOMANDATA A.R.  
PEC: areavasta2.asur@emarche.it

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA** da interpellarsi qualora espletate **tutte le procedure** di assegnazione previste dall'art. 5 dell'ACN MG 21/06/2018, comprese le procedure di cui all'art.5, comma 17, **uno o più ambiti territoriali di Assistenza Primaria rimangono vacanti.**

(art. 34 ACN MG 23/03/2005 e ss. mm. e ii. da ultimo modificato ed integrato dall'art. 4 ACN MMG 18/06/2020)

BOLLO

€ 16,00

**ALL'ASUR - AREA VASTA N.2  
SEDE AMMINISTRATIVA DI FABRIANO  
UOC DAT - Ufficio Gestione Graduatorie Regionali  
Via Turati 51- 60044 FABRIANO**

Il/la sottoscritto/a,

Dr.....C.F:.....  
nato/a a ..... Il .....  
residente a.....prov.....Via.....CAP.....  
cell.....e-mail:.....PEC.....  
in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 34 ACN MG 23/03/2005 come modificato dall'art. 4 ACN MG del 18/06/2020

#### FA ISTANZA

di assegnazione **di incarico temporaneo da convertire in incarico a tempo indeterminato con decorrenza dalla data di conseguimento del Diploma di Formazione in Medicina Generale** (procedura di instaurazione rapporto prevista dall'articolo 5 ACN MG del 18/06/2020) per gli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche n°.....del.....e, segnatamente, per i seguenti ambiti:

Comune .....	Distretto.....	AV.....

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

#### DICHIARA

1. di essere nato nel comune di ..... Prov ..... il.....  
e di essere residente nel comune di ..... Prov. .... dal ...../...../.....
2. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università degli Studi di.....in data.....con voto \_\_\_\_/110 o \_\_\_\_/100;
3. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di .....

4. di:

frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale presso la Regione Marche relativo al corso triennale ...../..... iniziato in data .....corrispondente all'anno di frequenza (fatti salvi periodi di sospensione previsti dall'art.24 D. L.vo 368/99)       1° anno       2° anno       3° anno

oppure

essere stato ammesso a frequentare il corso di formazione specifica in medicina Generale presso la Regione Marche, tramite graduatoria riservata senza borsa di studio ai sensi del "Decreto Calabria".

Indicare la data di effettivo inizio del corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Marche  
.....

#### DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che verrà eventualmente interpellato qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 5 dell'ACN 21.06.2018, comprese le procedure di cui all'art.5, comma 17, uno o più ambiti territoriali di assistenza primaria rimarranno vacanti
- di essere a conoscenza che potrà partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo se iscritto ai corsi di formazione specifica in medicina generale istituiti presso la Regione Marche (c. 17/bis art.34 ACN MG del 23/3/2005 come modificato dall'art.4 ACN MG del 18/06/2020)
- Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:  
.....

Data .....

.....

(Firma per esteso)

**DICHIARAZIONE INFORMATIVA  
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)**

Il sottoscritto Dott.....nato a.....Prov.....  
il.....residente in..... Prov..... Via/Piazza.....n°...  
Iscritto all'Albo dei ..... della Provincia di..... consapevole  
delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,  
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**dichiara formalmente di**

1. essere/non essere<sup>1</sup> titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati<sup>1</sup>:  
Soggetto..... ore settimanali.....  
Via..... Comune di.....  
Tipo di rapporto di lavoro.....  
Periodo dal.....;
2. essere/non essere<sup>1</sup> titolare di incarico come medico di Assistenza Primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n°..... scelte e con n°..... scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di..... Azienda.....;
3. essere/non essere<sup>1</sup> titolare di incarico come medico di Pediatria di Libera Scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n°..... scelte periodo dal.....;
4. essere/non essere<sup>1</sup> titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato<sup>1</sup> come Specialista ambulatoriale convenzionato interno<sup>2</sup>:  
Azienda \_\_\_\_\_ Branca \_\_\_\_\_ Ore sett./li \_\_\_\_\_  
Azienda \_\_\_\_\_ Branca \_\_\_\_\_ Ore sett./li \_\_\_\_\_
5. essere/non essere<sup>1</sup> iscritto negli elenchi dei Medici Specialisti convenzionati esterni<sup>2</sup>:  
Provincia.....Branca.....  
Periodo: dal.....;
6. avere/non avere<sup>1</sup> un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c.5, Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:  
Azienda..... Via.....  
Tipo di attività .....  
Periodo: dal .....

7. essere/non essere<sup>1</sup> titolare di incarico di Guardia Medica, nella Continuità Assistenziale o nella Emergenza Sanitaria Territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato<sup>1</sup>, nella Regione.....  
 O in altra Regione<sup>2</sup>:  
 Regione .....Azienda..... Ore sett.li.....  
 in forma attiva – in forma di disponibilità<sup>1</sup> ;
8. essere/non essere<sup>1</sup> in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale previsto dall'art. 66 del D.P.R. 484/96, dall'art. 22 del D.P.R. 41/91 e dall'art. 22, comma 5, del D.P.R. 292/87:  
 rilasciato da ..... in data.....;
9. essere/ non essere iscritto<sup>1</sup> a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al Decreto Leg.vo n° 368/99:  
 Denominazione del corso.....  
 Soggetto pubblico che lo svolge.....  
 Inizio dal.....
10. operare/ non operare<sup>1</sup> a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8 – quinquies del Decreto Leg.vo n° 502/92 e successive modificazioni<sup>2</sup>:  
 Organismo.....ore sett.li.....  
 Via .....Comune di.....  
 Tipo di attività .....  
 Tipo di rapporto di lavoro.....  
 Periodo: dal.....
11. operare/non operare<sup>1</sup> a qualsiasi titolo in Presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:<sup>2</sup>  
 Organismo.....ore sett.li.....  
 Via.....Comune di.....  
 Tipo di attività.....  
 Tipo di rapporto di lavoro.....  
 Periodo:dal.....

12. svolgere/non svolgere<sup>1</sup> funzioni di medico di fabbrica<sup>2</sup> o di medico competente ai sensi del D.Lgs 9/04/2008 n. 81:  
Azienda.....ore sett.li.....  
Via..... Comune di.....  
Periodo: dal.....;
13. svolgere/non svolgere<sup>1</sup> per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:<sup>2</sup>  
Azienda..... Comune di.....  
Periodo: dal.....;
14. avere/non avere<sup>1</sup> qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:<sup>2</sup>  
.....  
.....  
Periodo: dal.....;
15. essere/non essere<sup>1</sup> titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/ non esercitare attività che possono configurare conflitto di interesse col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:  
.....  
.....
16. fruire/non fruire<sup>1</sup> del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del Fondo di Previdenza competente di cui al Decreto 14/10/1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:  
Periodo: dal.....;
17. svolgere/non svolgere<sup>1</sup> altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate ( indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna):  
.....  
.....  
Periodo: dal.....;

18. essere/non essere<sup>1</sup> titolare di incarico nella Medicina dei Servizi o nelle Attività Territoriali Programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato:<sup>1,2</sup>  
 Azienda..... Comune di..... ore sett.li.....  
 Tipo di attività.....  
 Periodo: dal.....;
19. operare/non operare<sup>1</sup> a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente ai rapporti di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):  
 Soggetto pubblico:.....  
 Via.....; Comune di.....  
 Tipo di attività.....  
 Tipo di rapporto di lavoro.....  
 Periodo: dal.....;
20. essere/non essere<sup>1</sup> titolare di trattamento di pensione:<sup>2</sup>  
 .....  
 .....  
 Periodo: dal.....;
21. fruire/non fruire<sup>1</sup> del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:<sup>2</sup>  
 Soggetto erogante il trattamento di adeguamento.....  
 .....  
 Periodo: dal.....;

## NOTE

.....  
 .....  
 .....

Il sottoscritto dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

....l.... sottoscritt..... si impegna a fare cessare l'attività sopra indicata qualora l'attività stessa costituisca incompatibilità al momento dell'attivazione dell'incarico.

(1) *Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 del DPR 445/2000).*

(2) *Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, fronte retro non autenticata, della carta d'identità del dichiarante.*

*Ai sensi del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n. 2016/679/UE e del Codice della Privacy, D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, si informa che:*

- *Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento della formazione delle graduatorie valide per il conferimento degli incarichi di Medicina Generale per l'anno 2021. Il trattamento viene effettuato avvalendosi sia di strumenti cartacei che informatici.*
- *Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, la S.V. non potrà essere inserita in dette graduatorie.*
- *I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito istituzionale dell'ASUR Marche – Area Vasta 2 - Regione Marche.*
- *L'art. 7 del citato Decreto conferisce alla S.V. l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati; di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali.*
- *Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è l'Area Vasta n. 2 – ASUR MARCHE..*

**In fede.**

Data.....

Firma per esteso.....

<sup>1</sup> Cancellare la parte che non interessa.

<sup>2</sup> Completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente, utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".

**ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO****DICHIARAZIONE**

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:

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 con dichiarazione autografa, la stessa deve essere corredata da copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

Ogni comunicazione deve essere inoltrata a:  
ASUR-Area Vasta 2 - Via Turati n. 51 - 60044 Fabriano (AN) - tel 071 8705872  
PEC: areavasta2.asur@emarche.it