

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

*Pubblicazione dell'elenco degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale, anno 2021, sulla base delle comunicazioni trasmesse dalle Aree Vaste della Regione Marche.*

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

Carenze: *n.: 11*

- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Lunano*
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Cagli trattasi di attività di continuità assistenziale più cure intermedie (si precisa che l'attività di cure intermedie è vincolata da eventuali modifiche organizzative delle stesse, dovute a disposizioni regionali, ASUR o di Area Vasta che dovessero intervenire in merito)*
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Urbino*
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Mercatino Conca*
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Sant'Angelo in Vado*
- n. 1 incarico a 24 ore sett.li *Sede di Urbania*

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

Carenze: *n.: 11*

- n. 6 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Fano-Mondolfo*
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Mondavio*
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Calcinelli di Colli al Metauro*
- n. 1 incarico a 24 ore sett.li *Sede di Fossombrone trattasi di attività di continuità assistenziale più cure intermedie e/o ACAP (si precisa che l'attività di cure intermedie e ACAP è vincolata da eventuali modifiche organizzative delle stesse, dovute a disposizioni regionali, ASUR o di Area Vasta che dovessero intervenire in merito)*

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

Carenze: *n.: 6*

- n. 6 incarichi a 24 ore sett.li cad. (non vi è specifica di sede)

### **AREA VASTA N. 2 - DISTRETTO DI ANCONA**

Carenze: *n.: 30*

- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Chiara-valle*

- n. 3 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Falconara M.ma*
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Montemarciano*
- n. 4 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Agugliano/Polverigi*
- n. 8 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Ancona*
- n. 1 incarico a 24 ore sett.li *Sede di Camerano/Sirolo*
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Castelfidardo*
- n. 4 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Loreto*
- n. 4 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Osimo*

### **AREA VASTA N. 2 - DISTRETTO DI SENIGALLIA**

Carenze: *n.: 7*

- n. 4 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Senigallia*
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Ostra*
- n. 1 incarico a 24 ore sett.li *Sede di Ostra Vetere*

### **AREA VASTA N. 2 - DISTRETTO DI JESI**

Carenze: *n.: 20*

- n. 4 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di San Marcello*
- n. 5 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Jesi*
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Filottrano*
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Cingoli*
- n. 4 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Moie*
- n. 3 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Cupramontana*

### **AREA VASTA N. 2 - DISTRETTO DI FABRIANO**

Carenze: *n.: 4*

- n. 3 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Fabriano*
- n. 1 incarico a 24 ore sett.li *Sede di Sassoferrato*

### **AREA VASTA N. 3 - DISTRETTO DI MACERATA**

Carenze: *n.: 12*

- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Macerata*
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Caldarola*
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Tolentino*
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. *Sede di Passo Sant'Angelo*

- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Corridonia
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Treia

#### **AREA VASTA N. 3 - DISTRETTO DI CIVITANOVA MARCHE**

Carenze: n.: 14

- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Recanati
- n. 4 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Porto Recanati - Potenza Picena
- n. 3 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Morrovalle (Trofica)
- n. 5 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Civitanova Marche

#### **AREA VASTA N. 3 - DISTRETTO DI CAMERINO**

Carenze: n.: 3

- n. 1 incarico a 24 ore sett.li Sede di Camerino
- n. 1 incarico a 24 ore sett.li Sede di Matelica
- n. 1 incarico a 24 ore sett.li Sede di Pievevitorina

#### **AREA VASTA N. 4 - DISTRETTO DI FERMO**

Carenze: n.: 27

- n. 4 incarico a 24 ore sett.li Sede di Fermo
- n. 3 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Petritoli
- n. 4 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Montegrano
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Montegiorgio
- n. 4 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Porto San'Elpidio
- n. 3 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Amandola
- n. 3 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Porto San Giorgio
- n. 4 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Santa Vittoria in Matenano

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

Carenze: n.: 10

- n.10 incarichi a 24 ore sett.li cad.

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

Carenze: n.: 4

- n. 4 incarichi a 24 ore sett.li cad.

*Procedure per il conferimento degli incarichi carenti di Continuità Assistenziale 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;**
- o a mezzo **PEC all'indirizzo 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 Continuità Assistenziale. Le domande si considereranno prodotte in tempo utile solo se spedite entro il termine indicato. Per le raccomandate 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 Continuità Assistenziale si applicheranno le norme di cui all'art. 6 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 21.06.2018 e, in subordine, le disposizioni dell'art. 8 ACN MG del 18/06/2020:
- art. 6 c.3 lettera a): per trasferimento, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale da almeno 2 anni in un'Azienda della Regione Marche e quelli titolari da almeno 3 anni in un'Azienda di altra Regione, che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezion fatta per i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria con un carico inferiore a 650 assistiti;  
*(i trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza della metà degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo 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. 6 c.3 lettera b): per titoli, i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso graduati come specificato dall'art. 6 lettere a), b) e c):
    - Attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale;
    - Attribuzione di cinque punti a coloro che nell'ambito dell'Azienda nella quale è vacante l'incarico 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 al conferimento 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. 6 c.3 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. 8 ACN MG del 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 Continuità Assistenziale relativo agli ambiti territoriali carenti rilevati per l'anno 2021 avverrà ai sensi e per gli effetti dell'ACN MG 21/6/2018 nella seguente misura:
- 80% a favore dei medici in possesso del Titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale comma 1 lettera a);
  - 20% a favore dei medici in possesso di Titolo Equipollente, con abilitazione alla data del 31/12/1994 o antecedente comma 11 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 venissero assegnati, per carenza di domande di incarico, ambiti territoriali vacanti di Continuità Assistenziale, spettanti ad una delle due riserve di aspiranti, gli stessi verranno assegnati all'altra riserva di aspiranti (art. art. 6 comma 12 ACN del 21/06/2018).
- 6) **In relazione all'evoluzione della situazione emergenziale della pandemia SARS COVID-19, l'Azienda si riserva di non effettuare l'incanto, ma di procedere con l'assegnazione degli incarichi vacanti in modalità telematica.**
- 7) L'U.O.C. DAT - Gestione Graduatorie Regionali provvederà alla convocazione, mediante Raccomandata A.R., dei medici aventi titolo secondo la graduatoria al conferimento degli incarichi dichiarati vacanti 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. 6 comma 16 ACN del 21/06/2018).
- 8) La mancata presenza, il giorno della convocazione, costituirà rinuncia all'incarico art. 6 comma 18 ACN del 21/06/2018).

- 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**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI  
 CONTINUITA' ASSISTENZIALE (art. 63 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 la Continuità Assistenziale presso l' ASL n..... di ..... della Regione..... o l' Area Vasta n..... Distretto di ..... per la Sede di..... della Regione Marche dal..... e con anzianità complessiva di Continuità Assistenziale pari a mesi n°.....

**FA ISTANZA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art. 6, comma 3, lett. a), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 21.06.2018, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche n°..... del.....e, segnatamente, per le seguenti sedi distrettuali delle Aree Vaste dell'ASUR Marche:

Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....

**Allega** alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 6, comma 3, lettera a) dell' A.C.N. del 21.06.2018 e l'anzianità complessiva di incarico in Continuità Assistenziale: 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](mailto:areavasta2.asur@emarche.it)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI  
CONTINUITA' ASSISTENZIALE (art. 63 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 dell'Attestato di Formazione specifica in MG  In possesso del Titolo Equipollente
- in possesso dei requisiti di cui all'articolo 6 comma 3 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**

per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche n°.....del.....e, segnatamente, per le seguenti sedi distrettuali delle Aree Vaste dell'ASUR Marche:

Sede di.....	Distretto di.....	AV n. ....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n. ....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n. ....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n. ....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n. ....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n. ....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n. ....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n. ....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n. ....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n. ....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n. ....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n. ....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n. ....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n. ....

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 DELLE SEDI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE** da interpellarsi qualora espletate **tutte le procedure** di assegnazione previste dall'art. 6 dell'ACN MG 21/06/2018, comprese le procedure di cui all'art.6, comma 15, **uno o più sedi di Continuità Assistenziale rimangono vacanti.**

(art. 63 ACN MG 23/03/2005 e ss. mm. e ii. da ultimo modificato ed integrato dall'art. 8 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 63 ACN MG 23/03/2005 come modificato dall'art. 8 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 8 ACN MG del 18/06/2020) per gli ambiti territoriali carenti di Continuità Assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche n°.....del.....e, segnatamente, per le seguenti sede:

Sede di.....Distretto di.....	AV n...	Sede di.....Distretto di.....	AV n....
Sede di.....Distretto di.....	AV n...	Sede di.....Distretto di.....	AV n....
Sede di.....Distretto di.....	AV n...	Sede di.....Distretto di.....	AV n....
Sede di.....Distretto di.....	AV n...	Sede di.....Distretto di.....	AV n....
Sede di.....Distretto di.....	AV n...	Sede di.....Distretto di.....	AV n....
Sede di.....Distretto di.....	AV n...	Sede di.....Distretto di.....	AV n....
Sede di.....Distretto di.....	AV n...	Sede di.....Distretto di.....	AV n....
Sede di.....Distretto di.....	AV n...	Sede di.....Distretto di.....	AV n....

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

- di essere nato nel comune di ..... Prov ..... il.....  
e di essere residente nel comune di ..... Prov. .... dal ...../...../.....
- 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;
- 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. 6 del vigente ACN 21.06.2018, comprese le procedure di cui all'art.6, comma 15, una o più sedi distrettuali di continuità assistenziale 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. 15/bis art.63 ACN MG del 23/3/2005 come modificato dall'art.8 ACN MG del 18/06/2020) e, successivamente
- 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