



Allegato A

AVVISO PUBBLICO

PER LA FORMULAZIONE DI UNA NUOVA GRADUATORIA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI E/O DI SOSTITUZIONE NELLE UNITA' SPECIALI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALI PRESSO I DISTRETTI DELL'AREA VASTA 1

SI RENDE NOTO

che, alla luce della proroga dello stato di emergenza COVID 19, disposta con D.L n. 125 del 07/10/2020, questa Area Vasta 1 procederà alla formulazione di una nuova graduatoria per il conferimento di eventuali incarichi provvisori e/o di sostituzione nelle unità speciali di continuità assistenziali, già istituite presso i Distretti di Fano, Pesaro e Urbino.

Si precisa che la graduatoria che seguirà al presente avviso, sarà utilizzata solo al termine dello scorrimento di quella precedentemente approvata con determina DAV1 n.925 del 27/08/2020, dopodiché risulterà essere l'unica dalla quale attingere per il conferimento di nuovi incarichi.

Pertanto, chiunque avesse reso nota, nel tempo, a questa Area Vasta 1 una disponibilità ad assumere incarichi USCA, manifestata al di fuori di un avviso pubblico ad hoc, dovrà necessariamente presentare domanda per poter essere inserito nella graduatoria di cui all'oggetto ed aspirare ad un eventuale incarico

I medici interessati saranno graduati secondo il seguente ordine:

- 1) medici titolari o supplenti (con incarico provvisorio o di sostituzione) nella Continuità Assistenziale;
- 2) medici iscritti al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale;
- 3) medici laureati in Medicina e Chirurgia, abilitati ed iscritti all'ordine di competenza.

Ogni categoria sarà graduata in base alla minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

In ogni caso, sarà data priorità, per ciascuna categoria, ai medici titolari o comunque ai medici residenti in Area Vasta.

Si precisa che l'attribuzione della sede di servizio non è vincolante ma subordinata all'organizzazione dell'attività ed alle evoluzioni della stessa e potrà, pertanto, essere modificata dal Direttore di Distretto territorialmente competente, di concerto con il DAV

I medici eventualmente incaricati potranno dimettersi dall'incarico dando un preavviso di almeno 15 giorni agli uffici competenti.

- Gli aspiranti dovranno presentare domanda redatta in carta semplice, secondo il modello che si allega al presente avviso, esclusivamente a mezzo pec al seguente indirizzo



areavasta1.asur@emarche.it entro 8 giorni a decorrere da quello successivo alla pubblicazione del presente atto sull'albo pretorio dell'Asur Marche (**SCADENZA AVVISO 07/11/2020**), indicando nell'oggetto "DOMANDA GRADUATORIA USCA AV1"

I candidati dovranno inviare, insieme alla domanda redatta utilizzando l'allegato modulo, 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. I requisiti per l'inclusione nella graduatoria atta al conferimento degli incarichi in oggetto, dovranno essere posseduti alla data di scadenza del presente avviso.

La Area Vasta 1 si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone comunicazione, agli interessati, tramite il sito internet, dell'Asur Marche.

**Il Direttore di Area Vasta
Dr. Romeo Magnoni**



Allegato B

DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELLA NUOVA GRADUATORIA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI E/O DI SOSTITUZIONE NELLE UNITA' SPECIALI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALI PRESSO I DISTRETTI DELL'AREA VASTA 1

AL DIRIGENTE F.F. U.O.C. GESTIONE AMMINISTRATIVA
PERSONALE CONVENZIONATO AV1
VIA CECCARINI, 38
61032 FANO (PU)

Il/La sottoscritto/a Dott.

chiede di essere inserito nella graduatoria di disponibilità per il conferimento di incarichi provvisori e/o di sostituzione nelle unità speciali di continuità assistenziali (USCA), presso i Distretti dell'Area Vasta 1, esprimendo la propria preferenza, per il

- DISTRETTO PESARO
- DISTRETTO FANO
- DISTRETTO URBINO

consapevole che l'attribuzione della sede di servizio non è vincolante ma subordinata all'organizzazione dell'attività ed alle evoluzioni della stessa e potrà, pertanto, essere modificata dal Direttore di Distretto territorialmente competente, di concerto con il Direttore di AV1.

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 medico titolare/incaricato di continuità assistenziale;
- 2) di essere iscritto al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale;
- 3) di essere abilitato all'esercizio della professione medica ed essere iscritto all'ordine dei medici di

_____ al n. _____



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE RESA AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART 46 DPR 445/2000

(da compilare in stampatello e barrando la voce che non interessa):

- 1) di essere nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____;
- 2) di essere residente a _____ Prov. _____ Cap. _____ in via _____ n. ____
- 3) di essere contattabile ai seguenti recapiti: cell _____ e-mail _____
- 4) di avere il seguente CODICE FISCALE _____
- 5) di essere/non essere cittadino italiano
- 6) di essere/non essere cittadino di altro Paese appartenente all'U.E. _____
- 7) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli studi di _____ il ____/____/____ con voto ____/____
- 8) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale il ____/____/____ presso l'Università di _____
- 9) di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi-Odontoiatri di _____ il ____/____/____ al n° _____ codice ENPAM _____
- 10) di essere/non essere iscritto a corso di formazione specifica di medicina generale di cui al D.Lgs. 256/91 dal ____/____/____ nella Regione _____
- 11) di essere/non essere iscritto a scuola di specializzazione di cui al D.Lgs. 257/91 dal ____/____/____ presso l'Università degli Studi di _____
- 12) Di avere/non avere in corso un rapporto di lavoro (se sì, indicare quale)

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.