



Allegato A

AVVISO PUBBLICO

PER IL RECLUTAMENTO DI PERSONALE MEDICO CONVENZIONATO DA INSERIRE NELLE STRUTTURE TERRITORIALI EXTRAOSPEDALIERE “COVID” E COVID HOSPITAL DI 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 graduatoria per il reclutamento di personale medico convenzionato da inserire, eventualmente, nelle strutture territoriali extraospedaliere “COVID” E Covid Hospital

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.

Gli aspiranti dovranno presentare domanda redatta in carta semplice, secondo il modello che si allega al presente avviso, a mezzo pec al seguente indirizzo areavasta1.asur@emarche.it entro il 10° giorno a decorrere da quello successivo alla pubblicazione del presente atto sull’albo pretorio dell’Asur Marche **(SCADENZA AVVISO 09/11/2020)**, indicando nell’oggetto **“DOMANDA GRADUATORIA STRUTTURE TERRITORIALI COVID”**

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

PER IL RECLUTAMENTO DI PERSONALE MEDICO CONVENZIONATO DA INSERIRE NELLE STRUTTURE TERRITORIALI EXTRAOSPEDALIERE “COVID” E COVID HOSPITAL DI 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 per il reclutamento di personale medico convenzionato da inserire nelle strutture territoriali extraospedaliere “COVID e Covid Hospital di Area Vasta 1

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 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.