

Determina n. /AST di Ancona del

### AVVISO PUBBLICO

**PER IL CONFERIMENTO N. 1 INCARICO PROVVISORIO/SOSTITUTIVO DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA NEL DISTRETTO DI SENIGALLIA, COMUNE DI SERRA DE CONTI.**

SI RENDE NOTO

Che si procederà al conferimento dell'incarico in oggetto che avrà decorrenza dal 1/03/2024.

Gli interessati, ai sensi dell'art. 35 dell'ACN PLS del 28/04/2022, verranno graduati con i criteri di seguito precisati:

<p><b>Art. 35 ACN PLS del 28/4/2022 lett. a)</b></p>	<p><b>Medici iscritti nella graduatoria Regione Marche anno 2024 vigente alla data di presentazione della domanda</b></p>	<p>Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale</p>	<p>Priorità per i residenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nello stesso ambito/distretto carente</li> <li>2) nell'Azienda (AST di Ancona)</li> <li>3) nella Regione Marche</li> <li>4) fuori Regione</li> </ol>
<p><b>Art. 35 ACN PLS del 28/4/2022 lett. b)</b></p>	<p><b>Medici che hanno acquisito la specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nelle graduatoria regionale valida per l'anno 2024</b></p>	<p>Graduati nell'ordine dell'anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età</p>	<p>Priorità per i residenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nello stesso ambito/distretto carente</li> <li>2) nell'Azienda (AST di Ancona)</li> <li>3) nella Regione Marche</li> <li>4) fuori Regione</li> </ol>

In subordine ai Pediatri di cui sopra, possono partecipare al presente avviso i medici iscritti al Corso di Specializzazione in Pediatria, ai sensi dell'art. 4 c.2 D.L. 30 dicembre 2021, n. 228, convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 Febbraio 2022, n. 15 (come modificato dal D.L. 30 Dicembre 2023, n. 215). Tali medici saranno graduati, nel rispetto dell'annualità di frequenza del Corso a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso.

In caso di pari anzianità saranno graduati secondo la minore età al conseguimento del Diploma di Laurea, del voto di Laurea e dell'anzianità di Laurea, con priorità di interpellato ai medici pediatri residenti nell'ambito territoriale carente, nell'Azienda (AST di Ancona), successivamente nella Regione ed infine fuori Regione.



## **AVVERTENZE GENERALI**

Le domande per il conferimento degli incarichi di cui al presente avviso, conformemente agli allegati che seguono, dovranno essere spedite **a mezzo PEC al seguente indirizzo ast.ancona@emarche.it e non oltre il 10° (decimo) giorno successivo alla pubblicazione della determina di approvazione del presente Avviso sull'Albo Pretorio AST di Ancona pena l'esclusione.**

Le domande si considereranno prodotte in tempo utile solo se pervenute entro il termine indicato, pertanto verranno escluse le domande pervenute oltre il termine di scadenza sopra indicato, qualunque ne sia la causa.

Le domande si considereranno valide solo se corredate della marca da bollo, pertanto verranno escluse le domande che risulteranno prive; inoltre è obbligatoria la compilazione della dichiarazione dell'assolvimento dell'imposta di bollo .

E' fatto d'obbligo utilizzare l'allegato modulo di domanda corredato dalla fotocopia fronte retro della carta di identità in corso di validità.

La graduatoria derivante dal presente avviso verrà pubblicata sul sito dell'AST di Ancona (Area Professionisti e Imprese – “Area Medicina Convenzionata” – “AST di Ancona” - voce “GRADUATORIE”).

### **LA CONSULTAZIONE DEL SITO COSTITUISCE ONERE ESPRESSO A CARICO DEI CANDIDATI.**

**I requisiti per l'inclusione nella graduatoria dovranno essere obbligatoriamente posseduti alla data della scadenza del presente avviso.**

1. L'incarico provvisorio è conferito con durata non superiore a n. 12 (dodici) mesi e cessa:
  - a) al raggiungimento del periodo massimo di dodici mesi
  - b) al momento dell'inserimento del pediatra titolare, con comunicazione dell'Azienda da effettuarsi almeno un mese prima
  - c) per recesso del pediatra incaricato, da comunicare secondo quanto previsto all'articolo 23, comma 1, lettera a).

**Per informazioni è possibile contattare i seguenti numeri: 0718705869 - 0718705076.**

**Si fa riserva della facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone comunicazione agli interessati tramite il sito aziendale.**

**Il Dirigente Responsabile  
Dott.ssa Marinella Cardinaletti**



**DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO PROVVISORIO DI NATURA SOSTITUTIVA PRESSO IL DISTRETTO DI SENIGALLIA – AST di ANCONA (Comune di Serra Dè Conti)**

Marca da  
bollo €.  
16,00

**All'AST di Ancona**  
**U.O.C. D.A.T. MEDICINA CONVENZIONATA**  
**PEC: ast.ancona@emarche.it**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare all'assegnazione dell'incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta con decorrenza dal 1° Marzo 2024.

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 di appartenere alla categoria di cui al punto:

- Medici iscritti nella graduatoria regionale anno 2024 (Regione Marche) secondo l'ordine di punteggio.
- Medici che abbiano acquisito la specializzazione in Pediatria o in discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2024.
- Medici iscritti al Corso di Specializzazione in Pediatria, ai sensi dell'art. 4 c.2 D.L. 30 dicembre 2021, n. 228, convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 Febbraio 2022, n. 15 (come modificato dal D.L. 30 Dicembre 2023, n. 215).

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE EX ART. 46 DPR 445/2000**

di essere nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

di essere residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_



Telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

di avere  di non avere  cittadinanza italiana

di essere cittadino di altro Paese U.E., incluse le equiparazioni di legge

Dichiara:

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui **all'art.13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30.6.2003** e ss.mm.ii. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data.....

Firma per esteso .....



**Dichiarazione sostitutiva di certificazione**

(art. 46 DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,  
richiamate dall'art.76 del DPR 445 del 28/12/2000

**dichiara  
di essere in possesso di:**

Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data ____/____/____ con voto ____/110
Abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso l'Università di _____ in data ____/____/____
Iscrizione all'Ordine dei medici di _____ dal ____/____/____
Specializzazione in Pediatria o in discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. conseguita il _____, con voto _____, presso: _____.
Essere iscritto al Corso di Specializzazione in Pediatria presso: _____
Annualità di frequenza _____
Data di effettivo inizio _____

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

