



SCADENZA 13/11/2020

AVVISO PUBBLICO

PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO PROVVISORIO DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA NEL DISTRETTO DI URBINO – COMUNE DI ACQUALAGNA - AREA VASTA 1 E FORMULAZIONE GRADUATORIA UTILIZZABILE IN AV1

SI RENDE NOTO

che questa Area Vasta n. 1, procederà al conferimento di un incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta nel Distretto di Urbino, Comune di Acqualagna, ai sensi dell'art. 37, comma 1, dell'ACN PLS del 29/07/2009, a decorrere dal 01/12/2020, per un periodo di mesi 6 eventualmente prorogabile.

I medici interessati, individuati nel rispetto della graduatoria regionale, con priorità per quelli residenti nell'ambito territoriale carente, saranno graduati secondo l'ordine della Graduatoria regionale di settore, valevole per l'anno 2020.

I medici in possesso della specializzazione in Pediatria, o discipline equipollenti, conseguita successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale saranno graduati ai sensi dell'art. 15, comma 8, dell'ACN PIs del 15/12/2005 e s.m.i., così come modificato dall'art. 2 dell'ACN PIs del 21/06/2018.

In subordine, rispetto ai punti precedenti, potranno partecipare all'avviso tutti i medici che abbiano acquisito la specializzazione in Pediatria, o discipline equipollenti, che saranno graduati in base ai criteri previsti dall'art. 15 comma 8, dell'ACN PIs del 15/12/2005 e s.m.i., così come modificato dall'art. 2 dell'ACN PIs del 21/06/2018.

Gli aspiranti dovranno presentare domanda redatta in carta semplice, secondo il modello che si allega al presente avviso, a pena di nullità, a mezzo pec, al seguente indirizzo areavasta1.asur@emarche.it entro e non oltre il settimo giorno successivo alla pubblicazione sull'albo pretorio dell'ASUR Marche.

Non si prenderanno in considerazione domande non redatte secondo il fac-simile allegato, non firmate, non debitamente compilate e/o fatte pervenire a mezzo fax.

I candidati dovranno inviare, insieme alla domanda, 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.

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



DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO PROVVISORIO DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA NEL DISTRETTO DI URBINO – COMUNE DI ACQUALAGNA – E FORMULAZIONE GRADUATORIA UTILIZZABILE IN AV1

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 un incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta nel Distretto di Urbino dell'Area Vasta 1, nel Comune di Acqualagna, a decorrere dal 01/12/2020, e per altri eventuali ulteriori incarichi PLS in AV1, 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 di (barrare un'opzione):

- essere inserito nella graduatoria Regione Marche del settore Pediatria di Libera Scelta (art.15 c.12 A.C.N./2009e s.m.i.) valevole per l'anno 2020 con il punteggio di _____;
- essere in possesso della specializzazione in Pediatria, o discipline equipollenti, conseguita successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale e precisamente in data _____ presso _____;
- di essere in possesso della specializzazione in Pediatria, o discipline equipollenti, conseguita in data _____ presso _____

I medici di cui ai punti b) e c), saranno graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età, ai sensi dell'art. 15 dell'ACN Pls del 15/12/2005 e s.m.i. così come modificato dall'art. 2 dell'ACN Pls del 21/06/2018

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE EX ART 46 DPR 445/2000

(compilare correttamente ogni punto):

di essere nato/a a _____ in data _____;

di risiedere a _____ ()_Cap . _____ Regione _____ in via _____ n. _____

cittadinanza _____ (se non italiana) stato di provenienza _____ permesso di

soggiorno rilasciato il _____ scadenza _____,

codice fiscale _____;

di essersi laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di _____

in data _____ (giorno/mese/anno) con votazione _____;



di avere acquisito la specializzazione in Pediatria, o discipline equipollenti presso l'Università degli studi di _____ in data _____ (giorno/mese/anno) con votazione _____;

di essersi abilitato alla professione in data _____;

di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi-Odontoiatri di _____ il _____

al n° _____;

Di avere/non avere tutt'ora in corso, rapporti di lavoro pubblici/privati; se si, indicare il tipo di

rapporto _____ datore di lavoro _____

periodo dal _____ al _____ n. ore sett.li _____

Dichiara, inoltre:

DI NON TROVARSI IN POSIZIONE DI INCOMPATIBILITÀ AI SENSI DELL'ART.17, ACN PLS DEL 15/12/2005 E S.M.I.

per comunicazioni inviare a _____ via _____

città _____ prov. _____ CAP _____ cellulare _____

e-mail_(obbligatoria) _____;

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.

Luogo e data _____

In fede _____

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____

In fede _____