

ASUR Marche - Area Vasta n. 2 - Ancona

Pubblicazione dell'elenco degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta, Anno 2020, sulla base delle comunicazioni trasmesse dalle Aree Vaste della Regione Marche.

AREA VASTA N. 2 - DISTRETTO DI ANCONA

Carenze straordinarie: n.: 2

- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Ancona
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Osimo

AREA VASTA N. 2 - DISTRETTO DI JESI

Carenze straordinarie: n.: 2

- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Jesi
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Castelbellino

AREA VASTA N. 3 - DISTRETTO DI CAMERINO

Carenze: n.: 1

- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Pievetorina

AREA VASTA N. 5 - DISTRETTO DI ASCOLI PICENO

Carenza straordinaria: n.: 1

- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Comunanza

AVVERTENZE PER I MEDICI SPECIALISTI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

1) Le domande di trasferimento o di iscrizione, conformemente agli allegati che seguono, dovranno essere spedite a mezzo **Raccomandata A.R. all'A.S. U.R. - Area Vasta n. 2 - UOC DAT - Gestione Graduatorie Regionali - Sede Legale di Fabriano - Via Turati 51 - 60044 Fabriano, 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 Pediatria di Libera Scelta. Le domande si considereranno prodotte in tempo utile solo se spedite entro il termine indicato. A tal fine fard 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.**

2) In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica (vedi allegato). Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'art. 17 ACN PLS 2009 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso (ACN 21/06/2018 art. 4 comma 17).

3) Ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici Pediatri di Libera Scelta del 21/06/2018 art. 4 comma 5, possono concorrere al conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti:

a) Per trasferimento: i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato nella Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali da almeno 2 (due) anni nell'ambito territoriale di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo net SSN. I medici pediatri sono graduati in base all'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico (art. 4 comma 6).

b) Per trasferimento: i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno 4 (quattro) anni in un elenco di pediatri di libera scelta di altra Regione e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo net SSN. I medici pediatri sono graduati in base all'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico (art. 4 comma 6).

Il pediatra che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso; la rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza (ACN 21/6/2018 art. 4 comma 16).

c) I pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso.

I medici pediatri sono graduati coi seguenti criteri (art. 4 comma 7):

- Punteggio riportato nella graduatoria regionale.
- Punti 6 (sei) a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da 2 (due) anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

- Punti 10 (dieci) ai pediatri residenti nell'ambito della Regione da almeno 2 (due) anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.
 - d) I pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della Tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. 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 pediatri sono graduati nell'ordine dell'anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.
- 4) L'Area Vasta n. 2 - U.O.C. DAT - Gestione Graduatorie Regionali. - interpella prioritariamente i pediatri di cui al comma 5 lettere a) e b) ; successivamente interpella i pediatri di cui al comma 5 lettera c) ed in ultimo, interpella i pediatri di cui al comma 5 lettera d) con priorità per i residenti nell'ambito carente, in Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione (art. 4 comma 11).
 - 5) Espletate tutte le procedure di cui ai commi precedenti, qualora uno o più ambiti territoriali rimangano vacanti, la Regione o il soggetto da questa individuato, predispone specifica comunicazione inerente la disponibilità degli ambiti territoriali sul proprio sito istituzionale e chiede pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC al fine di favorire la partecipazione di tutti i pediatri interessati. La Regione rende altresì evidente sul proprio sito la data di pubblicazione da parte della SISAC da cui decorre il termine di 30 (trenta) giorni per la presentazione delle domande, in bollo, da parte dei pediatri, purché non titolari di incarico tempo indeterminato nell'ambito del SSN (art. 4 comma 12).
 - 6) L'Area Vasta n. 2 - U.O.C. DAT - Gestione Graduatorie Regionali - provvede alla convocazione, mediante Raccomandata A.R., dei pediatri aventi titolo secondo la graduatoria, al conferimento degli incarichi dichiarati carenti e pubblicati, per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione.
 - 7) La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il pediatra oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare a mezzo fax (n. 071 870 5773) la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli ambiti territoriali carenti per i quali abbia presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati (art. 4 comma 15).
 - 8) 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 LEGALE DI FABRIANO
UOC DAT - Ufficio Gestione Graduatorie Regionali
Via Turati 51- 60044 FABRIANO

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
(per trasferimento)**

...I... sottoscritt... Dott.
(cognome) *(nome)*
nat.... a prov Il residente a
prov..... C.A.P. Via.....n°.....
cell n°..... e-mail PEC
Cod. Fiscale

laureato il iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di
iscritto nell'elenco dei Pediatri di Libera Scelta del Distretto /Comune di
dal ai sensi dell'ACN per la Pediatria di Libera Scelta del 21/06/2018;

FA ISTANZA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 4, comma 5, lett. a), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta del 21/06/2018, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione.....n°.....del.....e, segnatamente per i seguenti ambiti:

Distretto/Ambito Unico _____	Comune _____	AV _____
Distretto/Ambito Unico _____	Comune _____	AV _____
Distretto/Ambito Unico _____	Comune _____	AV _____
Distretto/Ambito Unico _____	Comune _____	AV _____

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità di non svolgere altra attività a qualsiasi titolo (oppure di svolgere le seguenti altre attività) :.....
.....

Allegati:.....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza;
- il domicilio di seguito indicato: Via n.
Comune C.A.P. Prov

.....
(data)

.....
(firma per esteso)

N.B. Alla domanda deve essere altresì allegata la dichiarazione sostitutiva di atto notorio (Allegato I dell'ACN 29/07/2009) e copia della carta d'identità in corso di validità.

BOLLO
€ 16,00

ALL'ASUR - AREA VASTA N.2
SEDE LEGALE DI FABRIANO
DAT - Ufficio Gestione Graduatorie Regionali
Via Turati 51- 60044 FABRIANO

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA (per graduatoria)**

...I... sottoscritt... Dott.
(cognome) (nome)
nat... aprov..... il..... residente a.....
prov..... dal..... C.A.P..... Via..... n°.....
cell n°.....e-mail.....PEC.....
Cod.Fiscale..... laureato il con voti iscritto
all'Ordine dei Medici della Provincia di senza procedimenti
disciplinari in corso, specializzato in..... il con voti.....
inserito nella graduatoria dei Medici Specialisti Pediatri di Libera Scelta aspiranti al convenzionamento:

FA ISTANZA

ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta del 21/06/2018, del quale conosce ed accetta le condizioni ed i termini in esso contenuti, per l'iscrizione negli elenchi dei Medici Pediatri di Libera Scelta nei seguenti ambiti, pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione.....n°.....del.....:

Distretto/Ambito Unico _____	Comune _____	AV _____
Distretto/Ambito Unico _____	Comune _____	AV _____
Distretto/Ambito Unico _____	Comune _____	AV _____
Distretto/Ambito Unico _____	Comune _____	AV _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza;
- il domicilio di seguito indicato: Via n.
Comune C.A.P Prov

.....
(data)

.....
(firma per esteso)

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione, nonché dichiarazione sostitutiva di atto notorio (Allegato I dell'ACN 29/07/2009) e copia della carta d'identità in corso di validità.

ALLEGATO I)

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott.
 nato a....., il..... residente in.....
 Via/Piazza..... n..... iscritto all'Albo
 del..... della Provincia di.....
 ai sensi e agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Dichiara formalmente di

1. essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
 Soggetto..... ore settimanali.....
 Via..... Comune di.....
 Tipo di rapporto di lavoro.....
 Periodo: dal.....
2. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n°.....
 scelte
 Periodo: dal.....
3. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato: (2)
 A.S.L. branca..... ore sett.....
 A.S.L. branca..... ore sett.....
4. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
 Provincia..... branca.....
 Periodo: dal.....

Segue ALLEGATO I)

5. essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione..... o in altra Regione (2):
Regione..... A.S.L..... ore sett.....
In forma attiva - In forma di disponibilità (1)
6. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L. 833/78: (2)
Organismo..... ore sett.....
Via..... Comune di.....
Tipo di attività.....
Tipo di rapporto di lavoro.....
Periodo: dal.....
7. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L.833/78: (2)
Organismo..... ore sett.....
Via..... Comune di.....
Tipo di attività.....
Tipo di rapporto di lavoro.....
Periodo: dal.....
8. svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:
Azienda..... ore sett.....
Via..... Comune di.....
Periodo: dal.....
9. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)
A.S.L. Comune di.....
Periodo: dal.....
10. fruire/non fruire (1) 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.....

Segue ALLEGATO I)

11. svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

.....
.....
Periodo: dal.....

12. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1,2,3, o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4,5,6):

Soggetto pubblico.....
Via..... Comune di.....
Tipo di attività.....
Tipo di rapporto di lavoro:.....
Periodo: dal.....

13. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)

.....
.....
Periodo: dal.....

14. fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: (2)

soggetto erogante il trattamento di adeguamento.....
.....
Periodo: dal.....

NOTE

.....
.....
.....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data.....

Firma.....

- (1) - cancellare la parte che non interessa
- (2) - 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