

ASUR Marche - Area Vasta n. 2 - Ancona

Publicazione dell'elenco degli ambiti territoriali carenti di Continuità Assistenziale, Anno 2020, sulla base delle comunicazioni trasmesse dalle Aree Vaste della Regione Marche.

AREA VASTA N. 1 - DISTRETTO DI PESARO

Carenze: n.: 7

Totale ore 168 pari a n. 7 carenze a 24/ore settimanali ciascuna (non vie specifica di sede)

AREA VASTA N. 1 - DISTRETTO DI FANO

Carenze: n.: 5

- n. 4 incarichi a 24 ore settimanali ciascuno sede di Fano - Mondolfo
- n. 1 incarico a 24 ore settimanali sede di Mondavio

AREA VASTA N. 1 - DISTRETTO DI URBINO

Carenze: n.: 8

- n. 2 incarichi a 24 ore settimanali ciascuno sede di Lunano
- n. 1 incarico a 24 ore settimanali sede di Cagli (trattasi di continuità assistenziale pia cure intermedie - si precisa che l'attività di cure intermedie e vincolata da eventuali modifiche organizzative delle stesse, dovute a disposizioni regionali, ASUR o di Area Vasta che dovessero intervenire in merito)
- n. 1 incarico a 24 ore settimanali sede di Piobbico/Apecchio
- n. 2 incarichi a 24 ore settimanali ciascuno sede di Mercatino Conca
- n. 1 incarico a 24 ore settimanali sede di Sant'Angelo in Vado
- n. 1 incarico a 24 ore settimanali sede di Urbania

AREA VASTA N. 2 - DISTRETTO DI ANCONA

Carenze: n.: 18

- n. 3 incarichi a 24 ore settimanali sede di Ancona
- n. 4 incarichi a 24 ore settimanali sede di Osimo
- n. 1 incarico a 24 ore settimanali sede di Camerano/Sirolo
- n. 1 incarico a 24 ore settimanali sede di Montemarciano
- n. 1 incarico a 24 ore settimanali sede di Chiaravalle
- n. 3 incarichi a 24 ore settimanali sede di Falconara M.ma
- n. 2 incarichi a 24 ore settimanali sede di Agugliano/Polverigi

- n. 3 incarichi a 24 ore settimanali sede di Loreto

AREA VASTA N. 2 - DISTRETTO DI JESI

Carenze: n.: 20

- n. 4 incarichi a 24 ore settimanali sede di Jesi
- n. 4 incarichi a 24 ore settimanali sede di San Marcello
- n. 3 incarichi a 24 ore settimanali sede di Filottrano
- n. 2 incarichi a 24 ore settimanali sede di Cingoli
- n. 4 incarichi a 24 ore settimanali sede di Moje
- n. 3 incarichi a 24 ore settimanali sede di Cupramontana

AREA VASTA N. 2 - DISTRETTO DI SENIGALLIA

Carenze: n.: 6

- n. 1 incarico a 24 ore settimanali sede di Ostra
- n. 5 incarichi a 24 ore settimanali sede di Senigallia

AREA VASTA N. 3 - DISTRETTO DI MACERATA

Carenze: n.: 7

- n. 1 incarico a 24 ore settimanali sede di Treia
- n. 2 incarichi a 24 ore settimanali sede di Tolentino
- n. 1 incarico a 24 ore settimanali sede di Caldarola
- n. 2 incarichi a 24 ore settimanali sede di Passo S. Angelo
- n. 1 incarico a 24 ore settimanali sede di Corridonia

AREA VASTA N. 3 - DISTRETTO DI CIVITANOVA MARCHE

Carenze: n.: 5

- n. 2 incarichi a 24 ore settimanali ciascuno sede di Civitanova Marche
- n. 1 incarico a 24 ore settimanali sede di Morrovalle
- n. 2 incarichi a 24 ore settimanali ciascuno sede di Porto Recanati

AREA VASTA N.4 - DISTRETTO DI FERMO

Carenze: n.: 19

- n. 3 incarichi a 24 ore settimanali ciascuno sede di Fermo
- n. 3 incarichi a 24 ore settimanali ciascuno sede di Porto San Giorgio

- n. 1 incarico a 24 ore settimanali sede di Petritoli
- n. 3 incarichi a 24 ore settimanali ciascuno sede di Montegranaro
- n. 3 incarichi a 24 ore settimanali ciascuno sede di Porto Sant'Elpidio
- n. 2 incarichi a 24 ore settimanali ciascuno sede di Amandola
- n. 4 incarichi a 24 ore settimanali ciascuno sede di Santa Vittoria

AREA VASTA N. 5 - DISTRETTO DI ASCOLI PICENO

- n. 4 incarichi a 24 ore settimanali

AREA VASTA N.5 - DISTRETTO DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO

- n. 4 incarichi a 24 ore settimanali

Procedure per il conferimento degli incarichi carenti di Continuità Assistenziale rilevati per l'anno 2020 sulla base delle comunicazioni inviate dalle Aree Vaste della Regione Marche.

- 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 - U.O.C. DAT - Gestione Graduatorie Regionali - Sede Legale di Fabriano - Via Turati 51 - 60044 Fabriano, entro 20 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.**

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 dovranno inoltrare una **dichiarazione sostitutiva di atto notorio** attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, il godimento di eventuali **trattamenti di pensione**, se si trovino **in posizione di incompatibilità** (vedere allegato) e **copia di un documento d'identità** in corso di validità.
- 3) Le graduatorie regionali annuali di settore definitive cui fare riferimento sono quelle valide per l'anno 2020.
- 4) Per l'attribuzione degli incarichi di Continuità Assistenziale si applicheranno le norme di cui all'art.

6 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 21.06.2018 e, in subordine, le disposizioni dell'art. 9 comma 1 Decreto Legge n.135/2018 convertito con la Legge n.12/2019 ed in particolare:

- art. 6 c.3 lettera a): per trasferimento, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale da almeno 2 anni in un'Azienda della Regione Marche e quelli titolari da almeno 3 anni in un'Azienda di altra Regione, che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezion fatta per i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria con un carico inferiore a 650 assistiti.

(i trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza della meta degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento).

- Art. 6 c. 3 lettera b): per titoli, i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso graduati come specificato dall'art. 6 lettere a), b) e c):
 - Attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale;
 - Attribuzione di cinque punti a coloro che nell'ambito dell'Azienda nella quale e vacante l'incarico per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (31/01/2019) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
 - Attribuzione di venti punti ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (31/01/2019) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.
- Art. 6 c. 3 lettera c): i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale 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 verranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea).

- Legge 12/2019: i medici frequentanti il Corso di Formazione specifica in Medicina Generale presso la Regione Marche verranno convocati successivamente all'espletamento delle procedure di cui all'ACN 21/06/2018.
- 5) Il conferimento degli incarichi di Assistenza Primaria relativo agli ambiti territoriali carenti rilevati per l'anno 2020 avverrà ai sensi e per gli effetti dell'ACN MG 21/6/2018 nella seguente misura:
- 80% a favore dei medici in possesso del Titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale comma 11 lettera a);
 - 20% a favore dei medici in possesso di Titolo Equipollente, con abilitazione alla data del 31/12/1994 o antecedente comma 11 lettera b).
- Gli incarichi verranno assegnati osservando la seguente alternanza:
- i primi quattro posti saranno destinati ai medici in possesso dell'Attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale (*aaaa*),
 - il quinto posto sarà destinato al possessore del Titolo Equipollente (*b*), e così di seguito, secondo la stessa alternanza (*aaaa-b-aaaa-b*).
- Qualora non venissero assegnati, per carenza di domande di incarico, ambiti territoriali vacanti di Continuità Assistenziale, spettanti ad una delle due riserve di aspiranti, gli stessi verranno assegnati all'altra riserva di aspiranti (art. art. 6 comma 12 ACN del 21/06/2018).
- 6) L'U.O.C. DAT - Gestione Graduatorie Regionali provvederà alla convocazione, mediante Raccomandata A.R., dei medici aventi titolo secondo la graduatoria al conferimento degli incarichi dichiarati vacanti e pubblicati, presso la sede che la stessa indicherà, in maniera programmata e per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione art. 6 comma 16 ACN del 21/06/2018).
- 7) La mancata presenza, il giorno della convocazione, costituirà rinuncia all'incarico art. 6 comma 18 ACN del 21/06/2018).
- 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.
- 9) Espletate tutte le procedure di cui ai commi precedenti, gli incarichi rimasti vacanti saranno oggetto di specifica comunicazione sul sito istituzionale aziendale con richiesta di pubblicazione sul sito della SISAC al fine di favorire la partecipazione di tutti i medici interessati già inseriti nelle graduatorie delle altre Regioni o in possesso del corso di formazione specifica in Medicina Generale (art. 6 comma 15 lettere a) e b).

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 INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE (A.C.N. M.G. del 21.06.2018)
(per trasferimento)**

..... sottoscritto..... dott..... nat..... a.....
(cognome) (nome)
Prov..... il..... codice fiscale.....
(giorno-mese-anno)
cell. n°..... e-mail..... PEC.....

DICHIARA

Di essere residente a..... Prov..... via..... n°..... C.A.P.....
a far data dal..... Di essere residente nel territorio della Regione..... dal.....
Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale presso l' ASL n..... di.....
della Regione..... o l' Area Vasta n..... Distretto di..... per la Sede di.....
della Regione Marche dal..... e con anzianità complessiva di Continuità Assistenziale pari a mesi n°.....

FA ISTANZA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 6, comma 3, lett. a), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 21.06.2018, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche n°.....del.....e, segnatamente, per le seguenti sedi distrettuali delle Aree Vaste dell'ASUR Marche:

Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n....	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 6, comma 3, lettera a) dell' A.C.N. del 21.06.2018 e l'anzianità complessiva di incarico in Continuità Assistenziale: allegati n°..... documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza;
- al seguente domicilio: Comune..... C.A.P..... Prov..... Via..... n.

Data.....

(firma per esteso)

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 INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE (A.C.N. M.G. del 21.06.2018)
(per graduatoria)**

... sottoscritto, dot. nat.
(cognome) (nome)
Prov. il codice fiscale;
(giorno-mese-anno)
cel. n° e-mail PEC

DICHIARA

Di essere residente:

- nella Regione Marche dal nel Comune Prov. dal
via n° C.A.P.
 presso altra Regione

Di essere:

- già inserito nella graduatoria regionale, settore Continuità Assistenziale, della Regione Marche - anno 2019 - con
punteggio
 In possesso dell'Attestato di Formazione specifica in MG In possesso del Titolo Equipollente
 In possesso dei requisiti di cui all'articolo 6 comma 3 lettera C) dell'ACN del 21/6/2018 (Attestato di Formazione
conseguito successivamente al termine di scadenza della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per
l'anno in corso). Laureato/a dal con voto

FA ISTANZA

per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione
Marche n° del e, segnatamente, per le seguenti sedi distrettuali delle Aree Vaste dell'ASUR
Marche:

Sede di.....	Distretto di.....	AV n.	Sede di.....	Distretto di.....	AV n.
Sede di.....	Distretto di.....	AV n.	Sede di.....	Distretto di.....	AV n.
Sede di.....	Distretto di.....	AV n.	Sede di.....	Distretto di.....	AV n.
Sede di.....	Distretto di.....	AV n.	Sede di.....	Distretto di.....	AV n.
Sede di.....	Distretto di.....	AV n.	Sede di.....	Distretto di.....	AV n.
Sede di.....	Distretto di.....	AV n.	Sede di.....	Distretto di.....	AV n.
Sede di.....	Distretto di.....	AV n.	Sede di.....	Distretto di.....	AV n.
Sede di.....	Distretto di.....	AV n.	Sede di.....	Distretto di.....	AV n.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza;
 al seguente domicilio: Comune C.A.P. Prov. Via n°

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data.....

(firma per esteso)

RACCOMANDATA A.R.**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DELLE SEDI DISTRETTUALI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

(medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale)

(Possono partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo i medici iscritti ai corsi di formazione specifica in
medicina generale istituiti presso la Regione Marche)

BOLLO

€ 16,00

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

Il/la sottoscritto/a Dr.
nato/a a
residente a prov. Via
CAP cell e-mail: PEC

FA ISTANZA

- secondo quanto previsto dall'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n.135/2018, convertito con la Legge n.12/2019, per l'assegnazione delle sedi distrettuali vacanti di Continuità Assistenziale della Regione Marche, da interpellarsi qualora espletate **tutte le procedure** di assegnazione previste dall'art. 6 del vigente ACN, comprese le procedure di cui all'art.6, comma 15, **una o più sedi distrettuali di Continuità Assistenziale rimangano vacanti.**

- di assegnazione delle sedi distrettuali carenti per la Continuità Assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche n° del e, segnatamente, per i seguenti ambiti:

Sede di.....	Distretto di.....	AV n.	Sede di.....	Distretto di.....	AV n.
Sede di.....	Distretto di.....	AV n.	Sede di.....	Distretto di.....	AV n.
Sede di.....	Distretto di.....	AV n.	Sede di.....	Distretto di.....	AV n.
Sede di.....	Distretto di.....	AV n.	Sede di.....	Distretto di.....	AV n.
Sede di.....	Distretto di.....	AV n.	Sede di.....	Distretto di.....	AV n.
Sede di.....	Distretto di.....	AV n.	Sede di.....	Distretto di.....	AV n.
Sede di.....	Distretto di.....	AV n.	Sede di.....	Distretto di.....	AV n.
Sede di.....	Distretto di.....	AV n.	Sede di.....	Distretto di.....	AV n.

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000:

DICHIARA

- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università degli Studi di in data con voto ____/110 o ____/100;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di
- di frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale presso la Regione Marche iniziato in data
- di essere residente nel Comune di Prov. dal

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che verrà eventualmente interpellato qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 6 del vigente ACN 21.06.2018, comprese le procedure di cui all'art.6, comma 15, una o più sedi distrettuali di continuità assistenziale rimarranno vacanti;
- di essere a conoscenza che potrà partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo se iscritto ai corsi di formazione specifica in medicina generale istituiti presso la Regione Marche
- Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

Data
(Firma per esteso)

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott.....nato a.....Prov.....
il.....residente in..... Prov..... Via/Piazza.....n°...
Iscritto all'Albo dei della Provincia di..... consapevole
delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

dichiara formalmente di

1. essere/non essere¹ titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati¹:
Soggetto..... ore settimanali.....
Via..... Comune di.....
Tipo di rapporto di lavoro.....
Periodo dal.....;
2. essere/non essere¹ titolare di incarico come medico di Assistenza Primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n°..... scelte e con n°..... scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di..... Azienda.....;
3. essere/non essere¹ titolare di incarico come medico di Pediatria di Libera Scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n°..... scelte periodo dal.....;
4. essere/non essere¹ titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato¹ come Specialista ambulatoriale convenzionato interno²:
Azienda _____ Branch _____ Ore sett./li _____
Azienda _____ Branch _____ Ore sett./li _____
5. essere/non essere¹ iscritto negli elenchi dei Medici Specialisti convenzionati esterni²:
Provincia.....Branch.....
Periodo: dal.....;
6. avere/non avere¹ un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c.5, Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
Azienda..... Via.....
Tipo di attività
Periodo: dal

7. essere/non essere¹ titolare di incarico di Guardia Medica, nella Continuità Assistenziale o nella Emergenza Sanitaria Territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato¹, nella Regione.....
 O in altra Regione²:
 RegioneAzienda..... Ore sett.li.....
 in forma attiva – in forma di disponibilità¹;
8. essere/non essere¹ in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale previsto dall'art. 66 del D.P.R. 484/96, dall'art. 22 del D.P.R. 41/91 e dall'art. 22, comma 5, del D.P.R. 292/87:
 rilasciato da in data.....;
9. essere/ non essere iscritto¹ a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al Decreto Leg.vo n° 368/99:
 Denominazione del corso.....
 Soggetto pubblico che lo svolge.....
 inizio dal.....
10. operare/ non operare¹ a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8 – quinquies del Decreto Leg.vo n° 502/92 e successive modificazioni²:
 Organismo.....ore sett.li.....
 ViaComune di.....
 Tipo di attività
 Tipo di rapporto di lavoro.....
 Periodo: dal.....
11. operare/non operare¹ a qualsiasi titolo in Presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78;²
 Organismo.....ore sett.li.....
 Via.....Comune di.....
 Tipo di attività
 Tipo di rapporto di lavoro.....
 Periodo: dal.....

12. svolgere/non svolgere¹ funzioni di medico di fabbrica² o di medico competente ai sensi del D.Lgs 9/04/2008 n. 81:
 Azienda.....ore sett.li.....
 Via..... Comune di.....
 Periodo: dal.....;
13. svolgere/non svolgere¹ per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:²
 Azienda..... Comune di.....
 Periodo: dal.....;
14. avere/non avere¹ qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:²

 Periodo: dal.....;
15. essere/non essere¹ titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/ non esercitare attività che possono configurare conflitto di interesse col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

16. fruire/non fruire¹ 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.....;
17. svolgere/non svolgere¹ altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna):

 Periodo: dal.....;

18. essere/non essere¹ titolare di incarico nella Medicina dei Servizi o nelle Attività Territoriali Programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato:^{1,2}
 Azienda..... Comune di..... ore sett.li.....
 Tipo di attività.....
 Periodo: dal.....;
19. operare/non operare¹ a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente ai rapporti di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):
 Soggetto pubblico:.....
 Via.....; Comune di.....
 Tipo di attività.....
 Tipo di rapporto di lavoro.....
 Periodo: dal.....;
20. essere/non essere¹ titolare di trattamento di pensione:²

 Periodo: dal.....;
21. fruire/non fruire¹ 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

.....

.....

.....

Il sottoscritto dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

...I... sottoscritt... si impegna a fare cessare l'attività sopra indicata qualora l'attività stessa costituisca incompatibilità al momento dell'attivazione dell'incarico.

(1) Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 del DPR 445/2000).

(2) Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, fronte retro non autenticata, della carta d'identità del dichiarante.

Ai sensi del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n. 2016/679/UE e del Codice della Privacy, D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, si informa che:

- *Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento della formazione della graduatoria valida per l'anno 2021. Il trattamento viene effettuato avvalendosi sia di strumenti cartacei che informatici.*
- *Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, la S.V. non potrà essere inserita in detta graduatoria.*
- *I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito istituzionale di ciascuna Azienda della Regione Marche.*
- *L'art. 7 del citato Decreto conferisce alla S.V. l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati; di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali.*
- *Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è l'Area Vasta n. 2 – ASUR MARCHE..*

In fede,

Data.....

Firma per esteso.....

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,

Dichi
ara

- 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: arewasta2.asur@emarche.it