ASUR Marche - Area Vasta n. 2 - Ancona
Allegato a titolo "Domanda annuale per la graduatoria regionale della Medicina Generale anno 2024 ai sensi dell'art. 19 ACN MMG del 28/04/2022"

DOMANDA ANNUALE PER LA GRADUATORIA REGIONALE DELLA MEDICINA GENERALE ANNO 2024 ai sensi dell'art. 19 ACN MMG del 28/04/2022

AZIENDA SANITARIA
TERRITORIALE di Ancona
UOC DAT e Medicina Convenzionata
Ufficio Attività Regionali
PEC: ast.ancona@emarche.it

BOLLO
€16,00

□ **PRIMO INSERIMENTO**

- □ in possesso del titolo equipollente in medicina generale.
- □ in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale.
- □ in attesa di conseguire l'attestato di formazione specifica in medicina generale (*da acquisire e autocertificare entro e non oltre il 15 settembre 2023*).

□ **INTEGRAZIONE TITOLI**

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ prov. _____
il ___/___/___ codice fiscale: _____
Comune di residenza: _____ prov. _____
indirizzo: _____ n. _____ CAP _____
Tel. _____ Cell. _____
e-mail _____ PEC _____

secondo quanto previsto dall'art. 19 ACN MMG del 28/04/2022

chiede

l'inserimento o l'integrazione titoli nella graduatoria regionale di medicina generale, a valere per l'anno 2024.

Allega alla presente:

- ❑ n. ____ dichiarazioni sostitutive di certificazione;
- ❑ n. ____ dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio;
- ❑ n. ____ altre certificazioni

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

la propria residenza;
al seguente domicilio: Comune ..... CAP ..... Prov. .....Via ..... n°...

Data _____ **Firma per esteso** _____

ALLEGATO "A"

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritt__ Dott. _____

nato/a a _____ il _____

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

☐ di essere cittadino italiano

☐ di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare) _____

☐ di essere cittadino del seguente Stato _____ ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38, commi 1 e 3 bis del D. Lgs n. 165/2001 e s.m.i.

☐ di essere in possesso del diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di: _____ il _____ con voto _____
(occorre specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)

☐ di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale il _____

presso l'Università di _____

☐ di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici di _____

☐ di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale (D. Lgs. 368/99 e s.m.i.) conseguito il _____ presso la Regione _____

data inizio corso _____ data fine corso _____

☐ di essere iscritto al Corso di formazione specifica in medicina generale del triennio ____/____, iniziato il _____ presso la Regione _____ con previsione di conseguimento del titolo **entro il 15 settembre 2023**

☐ di essere in possesso della specializzazione in medicina generale, o disciplina equipollente o affine (indicare la specializzazione):

*specializzazione in _____ conseguita il _____

presso l'Universita' di _____

con frequenza dal _____ al _____

*specializzazione in _____ conseguita il _____

presso l'Universita' di _____

con frequenza dal _____ al _____

☐ di essere in possesso di certificato di conoscenza della lingua inglese non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE) documentata dal possesso del relativo certificato conseguito il _____ presso _____

* allegare copia documentazione

☐ di essere in possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC conseguita il _____ presso _____

* allegare copia documentazione

☐ di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale conseguito presso _____ il _____

☐ di non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del Lavoro e della previdenza sociale

☐ di non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote "A" e "B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM)

Data _____ **Firma del dichiarante** _____

ALLEGATO "B"

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

Io sottoscritt _ Dott. _____

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

il possesso dei seguenti titoli di servizio:

A) Attività di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza primaria" fino al 27/04/2022), con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio (per ciascun mese complessivo punti 0,20. Il punteggio è elevato a 0,30 per l'attività nell'ambito della Regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento)

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ REGIONE _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ REGIONE _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ REGIONE _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ REGIONE _____

B1) Attività di sostituzione del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi: (punti 0,20 per mese di attività)

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda_____ MEDICO _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda_____ MEDICO _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda_____ MEDICO _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda_____ MEDICO _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda_____ MEDICO _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda_____ MEDICO _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda_____ MEDICO _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda_____ MEDICO _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda_____ MEDICO _____

B2) Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria a ciclo di scelta solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti dovuta ad attività sindacale anche se di durata inferiore a 5 gg.: (punti 0,20 per mese di attività)

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda_____ MEDICO _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda_____ MEDICO _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda_____ MEDICO _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda_____ MEDICO _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda_____ MEDICO _____

B3) Attività di sostituzione del titolare effettuata su base oraria:

(punti 0.20 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

dal ___/___/___ al ___/___/___ **ore** _____ Azienda_____ medico_____

dal ___/___/___ al ___/___/___ **ore** _____ Azienda_____ medico_____

dal ___/___/___ al ___/___/___ **ore** _____ Azienda_____ medico_____

C) Servizio effettivo di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (denominata "continuità assistenziale" fino al 27/04/2022) con incarico a tempo indeterminato, determinato provvisorio o di sostituzione (punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività).BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA TIPOLOGIA DI INCARICO EFFETTUATO.

Anno: ..... Azienda : .....

Gennaio dal_____ al_____ ore _____ Luglio dal_____ al_____ ore _____

Febbraio dal_____ al_____ ore _____ Agosto dal_____ al_____ ore _____

Marzo dal_____ al_____ ore _____ Settembre dal_____ al_____ ore _____

Aprile dal_____ al_____ ore _____ Ottobre dal_____ al_____ ore _____

Maggio dal_____ al_____ ore _____ Novembre dal_____ al_____ ore _____

Giugno dal_____ al_____ ore ____ Dicembre dal _____ al _____ ore _____

Anno: ..... Azienda : .....

Gennaio dal_____ al_____ ore _____ Luglio dal_____ al_____ ore _____

Febbraio dal_____ al_____ ore _____ Agosto dal_____ al_____ ore _____

Marzo dal_____ al_____ ore _____ Settembre dal_____ al_____ ore _____

Aprile dal_____ al_____ ore _____ Ottobre dal_____ al_____ ore _____

Maggio dal_____ al_____ ore _____ Novembre dal_____ al_____ ore _____

Giugno dal_____ al_____ ore _____ Dicembre dal_____ al_____ ore _____

Anno: ..... Azienda : .....

Gennaio	dal_____	al_____	ore _____	Luglio	dal_____	al_____	ore _____
Febbraio	dal_____	al_____	ore _____	Agosto	dal_____	al_____	ore _____
Marzo	dal_____	al_____	ore _____	Settembre	dal_____	al_____	ore _____
Aprile	dal_____	al_____	ore _____	Ottobre	dal_____	al_____	ore _____
Maggio	dal_____	al_____	ore _____	Novembre	dal_____	al_____	ore _____
Giugno	dal_____	al_____	ore _____	Dicembre	dal_____	al_____	ore _____

Anno: ..... Azienda : .....

Gennaio	dal_____	al_____	ore _____	Luglio	dal_____	al_____	ore _____
Febbraio	dal_____	al_____	ore _____	Agosto	dal_____	al_____	ore _____
Marzo	dal_____	al_____	ore _____	Settembre	dal_____	al_____	ore _____
Aprile	dal_____	al_____	ore _____	Ottobre	dal_____	al_____	ore _____
Maggio	dal_____	al_____	ore _____	Novembre	dal_____	al_____	ore _____
Giugno	dal_____	al_____	ore _____	Dicembre	dal_____	al_____	ore _____

Anno: ..... Azienda : .....

Gennaio	dal_____	al_____	ore _____	Luglio	dal_____	al_____	ore _____
Febbraio	dal_____	al_____	ore _____	Agosto	dal_____	al_____	ore _____
Marzo	dal_____	al_____	ore _____	Settembre	dal_____	al_____	ore _____
Aprile	dal_____	al_____	ore _____	Ottobre	dal_____	al_____	ore _____
Maggio	dal_____	al_____	ore _____	Novembre	dal_____	al_____	ore _____
Giugno	dal_____	al_____	ore _____	Dicembre	dal_____	al_____	ore _____

N.B. Occorre indicare mese per mese il totale delle ore effettivamente prestate.

D) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato , provvisorio o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale: (punti 0,20 per mese di attività). *BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA TIPOLOGIA DI INCARICO EFFETTUATO (INDETERMINATO, DETERMINATO, PROVVISORIO, DI SOSTITUZIONE)*

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

E) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, di sostituzione nella medicina dei servizi: (punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività). *(BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA TIPOLOGIA DI INCARICO EFFETTUATO (INDETERMINATO, DETERMINATO, PROVVISORIO, DI SOSTITUZIONE)*

dal ___/___/___ al ___/___/___ **ore** _____ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ **ore** _____ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ **ore** _____ Azienda _____

F) Servizio effettivo di medico di assistenza penitenziaria/ in rapporto di convenzionamento con il SSN, presso gli Istituti Penitenziari, a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione (punti 0.20 per mese di attività ragguagliato a 96 h. di attività)

dal ___/___/___ al ___/___/___ **ore** _____ Istituto Penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ **ore** _____ Istituto Penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ **ore** _____ Istituto Penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ **ore** _____ Istituto Penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ **ore** _____ Istituto Penitenziario _____

G) Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari sia a tempo indeterminato che di sostituzione per conto del Ministero della Giustizia, ai sensi della L. 9 Ottobre 1970, n. 740 (punti 0,20 per mese di attività)

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto Penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto Penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto Penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto Penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto Penitenziario _____

H) Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate; per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore (punti 0,10 per mese di attività)

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

I) Attività medica di assistenza ai turisti organizzata dalle Regioni o dalle aziende (per ciascun mese complessivo, corrispondente a 96 ore di attività: (punti 0,20 per ciascun mese complessivo)

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso Azienda _____

J) turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali, di continuità dell'assistenza o di emergenza sanitaria territoriale, ai sensi dell'Accordo del 28/04/2022 (punti 0,05 per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività)

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso Azienda _____ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso Azienda _____ore _____

K) attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70 (settanta) utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi: (punti 0,10 per ciascun mese complessivo)

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso Azienda_____ MEDICO _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso Azienda_____ MEDICO _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso Azienda_____ MEDICO _____

L) medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna; medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici; medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti: (punti 0,05 per ciascun mese)

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

M) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia (per ciascun mese punti 0,10; tale punteggio è elevabile a punti 0,20/mese se il servizio militare di leva è stato svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico)

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

N) servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della L.64/2001, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia (per ciascun mese fino ad un massimo di 12 mesi punti 0,10; tale punteggio è elevato a punti 0,20/mese se il servizio civile è svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico):

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

O) attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo, di medico della Polizia di Stato
(punti 0,20 per ogni mese di attività)

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

P) servizio prestato presso aziende termali, (con le modalità di cui all'art. 8 della Legge 24 ottobre 2000, n. 323) equiparato all'attività di continuità assistenziale
(punti 0,20 per ciascun mese complessivo)

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

(servizio prestato c/o Aziende Termali private accreditate in qualità di dipendente a tempo pieno, con rapporto di lavoro esclusivo e orario non inferiore a n. 35,00 ore settimanali)

Q) servizio effettivo, svolto in paesi dell'Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di medicina generale di cui all'ACN della Medicina Generale; servizio prestato ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n.125 e assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del Decreto Ministeriale 01/09/1988 n.430,
(punti 0,20 per ciascun mese complessivo)

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

Il servizio deve essere attestato con certificazioni, in originale o copia conforme all'originale, sottoscritte dal legale rappresentante dell'Ente, con allegata la traduzione in lingua italiana certificata, vistati per conferma dalla competente autorità consolare italiana all'estero. Per i servizi sanitari prestati all'estero per i quali è previsto uno specifico provvedimento di riconoscimento (art. 124, comma 2, decreto legislativo 112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento.

R) attività prestata durante il periodo di affiancamento previsto dalla procedura di ricambio generazionale (APP) nell'ambito della Regione _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

(per ciascun mese complessivo p. 0,20; il punteggio è elevato a 0,30 per l'attività svolta nell'ambito della Regione Marche)

S) attività svolta con incarico temporaneo di assistenza primaria a ciclo di scelta (c.d. Decreto "Semplificazione" e c.d. Decreto "Calabria") durante il periodo di frequenza del corso di formazione specifica in medicina generale:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

(per ciascun mese complessivo: p. 0.10)

T) attività svolta con incarico temporaneo di assistenza primaria ad attività oraria (c.d. Decreto "Semplificazione" e c.d. Decreto "Calabria") durante il periodo di frequenza del corso di formazione specifica in medicina generale:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ore _____

(per ciascun mese complessivo, corrispondente a 96 ore di attività: p. 0.10)

U) attività svolta con incarico temporaneo di emergenza sanitaria territoriale (c.d. Decreto "Semplificazione" e c.d. Decreto "Calabria") durante il periodo di frequenza del corso di formazione specifica in medicina generale:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ore _____

(per ciascun mese complessivo, corrispondente a 96 ore di attività: p. 0.10)

- La sottoscritta dichiara di aver usufruito di astensione anticipate o di astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio nei seguenti periodi:

  dal ___/___/___ al ___/___/___ presso Azienda _____

  dal ___/___/___ al ___/___/___ presso Azienda _____

(il servizio effettivo è determinato dalle sole ore di attività svolte e i periodi di sospensione dall'attività convenzionale non concorrono al computo, ad eccezione del periodo di astensione obbligatoria o anticipata per gravidanza e puerperio)

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1).

Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n.

196, 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 del dichiarante _____

(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, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

(per i certificati esibiti in fotocopia)

In riferimento alla domanda di inserimento/integrazione titoli nelle graduatorie regionali di medicina generale a valere per l'anno 2024 il sottoscritto:

Dr._____

nato a _____

residente a _____

Via _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000,

DICHIARA

che le **fotocopie** dei titoli allegati e sottoelencati, sono conformi agli originali in possesso del sottoscritto:

1..... 6.....

2..... 7.....

3..... 8.....

4..... 9.....

5..... 10.....

Data,

Firma

_____

Alla presente domanda di iscrizione alla graduatoria dovrà essere allegata copia fotostatica di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore. La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

(Si suggerisce, onde evitare disguidi, di firmare e numerare le fotocopie allegate)

AVVISO

INDICAZIONI OPERATIVE SULL'APPLICAZIONE DELL'ART. 15, LEGGE 12/11/2011 n. 183

Con l'introduzione della L. 183/2011 è fatto divieto agli Uffici Pubblici di richiedere o accettare certificati, in luogo delle dichiarazioni sostitutive ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000.

A tale scopo si invitano gli interessati a compilare le autocertificazioni in tutte le loro parti, in modo chiaro e leggibile (possibilmente stampato) onde evitare la non valutazione di quanto dichiarato. Tutti i dati riportati dovranno consentire all'Amministrazione di effettuare gli accertamenti ed i controlli d'ufficio di cui agli artt. 43 e 71 della summenzionata legge.

Azienda Sanitaria Unica Regionale
Sede Legale: Via Oberdan, 2 - 60122 Ancona
C.F. e P.IVA 02175860424
Area Vasta n. 2
Sede Amministrativa: Via Turati 51 - 60044 Fabriano

AVVERTENZE E DISPOSIZIONI GENERALI

1. I medici che aspirano all'iscrizione nella graduatoria devono presentare annualmente la propria domanda e possedere, alla data di scadenza dei termini per la presentazione della stessa, i seguenti requisiti:
   a) Cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE. Possono chiedere l'iscrizione i familiari di cittadini europei non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, i cittadini di Paese terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria;
   b) Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia;
   c) Iscrizione all'Albo professionale;
   d) Titolo di formazione specifica in medicina generale o titolo equipollente di cui al D. Lgs. 368/1999 e s.m.i. (abilitazione all'esercizio professionale conseguita entro il 31 dicembre 1994). Possono presentare domanda i medici che nell'anno acquisiranno il titolo di formazione, che dovrà essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre p.v.

2. I medici **devono** allegare alla domanda le dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio concernenti i titoli valutabili ai fini della graduatoria. Possono presentare annualmente allegati integrativi dei titoli aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati.

3. **Si rappresenta che dal 1° Gennaio 2023 l'ASUR cesserà di esistere**. Pertanto, l'Area Vasta n. 2 si trasformerà in **Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona** (cfr. L.R. n. 19/2022). **La domanda, con apposizione della marca da bollo, deve essere quindi trasmessa esclusivamente dal 1° GENNAIO 2023 (ED ENTRO IL 31 GENNAIO 2023)** tramite PEC al nuovo indirizzo: ast.ancona@emarche.it (*la domanda con la marca da bollo deve essere corredata dalla dichiarazione "assolvimento dell'imposta di bollo"*). **La spedizione delle domande, causa possibili problemi di natura tecnica dovuti dalla predetta transizione all'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona, dovrà avvenire esclusivamente dal 1° gennaio 2023 e non prima di tale data.**

4. La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la trasmissione oltre il termine di scadenza (31/01/2023) comportano l'esclusione dalla graduatoria.

5. I titoli devono essere documentati:
   a) Con dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 (Allegato "A" alla domanda), per i titoli accademici e di studio;
   b) Con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000, (Allegato "B" alla domanda), per i titoli di servizio prestato presso una Amministrazione Pubblica o un gestore di Pubblico Servizio;
   c) I titoli conseguiti presso soggetti privati o esteri devono essere allegati alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge.

   L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi.

   L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività.

   Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

6. La conoscenza della lingua inglese (Allegato "A") deve essere documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE) che pertanto deve essere obbligatoriamente allegato.

7. La conoscenza dei principali programmi informatici deve essere appositamente documentata dal possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL) come previsto dall'Allegato 1 comma 1 "Titoli accademici e di studio" lettera e) che va pertanto obbligatoriamente allegato in copia;

8. Ai fini dell'inclusione in graduatoria i medici devono possedere al 31 gennaio 2023 i requisiti previsti dall'art. 19, comma 2, lett. a), b) e c) dell'ACN 28/04/2022. I titoli accademici, di studio e di servizio devono essere posseduti al 31 dicembre dell'anno 2022; il diploma di formazione specifica in medicina generale deve essere conseguito ed autocertificato entro il 15 settembre dell'anno 2023.

9. Per una corretta valutazione dell'attività prestata durante il periodo di affiancamento previsto dalla procedura di ricambio generazionale (cfr. p. "R" della domanda) e dell'attività svolta con incarico temporaneo (per incarico temporaneo si intende esclusivamente l'incarico svolto dai medici di cui all'art. 9, c. 1, del D.L. 14/12/2018 n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11/2/2019 n. 12 e all'art. 12, c. 3, del D.L. 30/4/2019 n. 35, convertito, con modificazioni, dalla Legge 25/6/2019 n. 60 - c.d. Decreto "Semplificazione" e c.d. Decreto "Calabria") di assistenza primaria a ciclo di scelta, ad attività oraria e di emergenza sanitaria territoriale (cfr. p. "S", "T", e "U" della domanda) si consiglia di allegare copia del contratto/determina o atto con cui è stato instaurato il rapporto di lavoro.

N.B. Non potranno essere accettate domande redatte su moduli non conformi a quanto pubblicato.

Si raccomanda l'inserimento di tutti i certificati utili alla valutazione per l'inserimento nella graduatoria al momento della presentazione della domanda.

Si precisa inoltre che non verranno richiesti né potranno essere presentati documenti da parte degli interessati oltre la scadenza del bando fissata per il 31/01/2023.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI.

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:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione della Graduatoria Regionale;
2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;
3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria;
4. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche;
5. L'art. 7 del citato D.Lgs Le conferisce 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;
6. Responsabile del trattamento dei dati è l'A.S.T. di Ancona - Responsabile U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale Gestione Attività Regionale (tel. 071/8705869 - 071/8705076).
7. Si segnala, inoltre, che ogni richiesta di informazioni ex art. 8 del codice in materia di protezione dei dati personali potrà essere rivolta anche al referente Zonale Privacy – Dr. Luigi Sfredda tel. 071/8705541, presso il quale sarà possibile conoscere l'elenco dei Responsabili del trattamento, nonché consultare il materiale inerente la normativa in oggetto.

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:

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA DELLA MEDICINA GENERALE DELLA REGIONE MARCHE A VALERE PER L'ANNO 2024

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:
PEC: ast.ancona@emarche.it
Tel 0718705869/5076