

Determina n. 30/AST di Fermo del 05/02/2025

**AVVISO PUBBLICO
PER IL CONFERIMENTO N. 1 INCARICO PROVVISORIO DI PEDIATRIA DI LIBERA
SCELTA NEL DISTRETTO DI FERMO, AMBITO SUD, COMUNE DI FERMO.**

SI RENDE NOTO

Che si procederà al conferimento dell'incarico in oggetto che avrà decorrenza dal **29/03/2025**.

Gli interessati, ai sensi dell'art. 35 dell'ACN PLS del 25/07/2024, verranno graduati con i criteri di seguito precisati:

Art. 35 ACN PLS del 25/07/2024 lett. a)	Medici iscritti nella graduatoria Regione Marche della PLS anno 2025 (vigente alla data di presentazione della domanda)	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale	Priorità per i residenti: 1) nello stesso ambito carente 2) nell'Azienda (AST di Fermo) 3) nella Regione Marche 4) fuori Regione
Art. 35 ACN PLS del 25/07/2024 lett. 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 2025	Graduati nell'ordine dell'anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età	Priorità per i residenti: 1) nello stesso ambito carente 2) nell'Azienda (AST di Fermo) 3) nella Regione Marche 4) fuori Regione
Art. 35 ACN PLS del 25/07/2024 lett. c)	Medici in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti diversi dalla lettera B).	Graduati nell'ordine dell'anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età	Priorità per i residenti: 1) nello stesso ambito carente 2) nell'Azienda (AST di Fermo) 3) nella Regione Marche 4) fuori Regione

AVVERTENZE GENERALI

Le domande per il conferimento dell'incarico di cui al presente Avviso, conformemente agli allegati che seguono, dovranno essere spedite unicamente a mezzo PEC all'indirizzo ast.fermo@emarche.it entro e non oltre il **20° (ventesimo) giorno successivo alla pubblicazione della determina di approvazione del presente Avviso sull'Albo Pretorio AST di Fermo**, 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. I giorni festivi si computano nel termine. Se il giorno di scadenza è festivo, la scadenza per la presentazione delle domande è prorogata di diritto al primo giorno seguente non festivo.

Le domande si considereranno valide solo se corredate della **marca da bollo da € 16,00** che andrà apposta nell'apposito riquadro nel modulo di domanda, pertanto **verranno escluse le domande che ne risulteranno prive**; inoltre, è obbligatoria la compilazione della **dichiarazione dell'assolvimento dell'imposta di bollo** che **andrà allegata alla domanda**, pena l'esclusione.

E' fatto obbligo utilizzare l'allegato **modulo di domanda** corredato dalla **fotocopia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità**, pena l'esclusione.

Gli aspiranti dovranno, inoltre, allegare alla domanda una **dichiarazione informativa - 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**.

La graduatoria derivante dal presente avviso verrà pubblicata sul sito dell'AST di Fermo (sito ex ASUR Marche: <https://www.asur.marche.it> - Home - voce "Professionisti e Imprese" - Area Medicina Convenzionata - AST Fermo).

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, pena l'esclusione.

Ai sensi dell'art. 35, comma 2, ACN PLS del 25/07/2024, 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), ACN PLS del 25/07/2024.

Per informazioni è possibile contattare il seguente numero: 0734/6252018.

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

**Il Direttore U.O.C. D.A.T.
Dott. Paolo Bottazzi**

DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO PROVVISORIO DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA PRESSO IL DISTRETTO DI FERMO - AMBITO SUD - AST DI FERMO (Comune di Fermo)

Marca da bollo € 16,00

All'AST di Fermo
U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale
PEC: ast.fermo@emarche.it

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa nat.... a
(cognome) (nome)

Prov. il Codice Fiscale cell.
(giorno-mese-anno)

e-mail PEC

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico per l'assegnazione di un incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta presso il Comune di Fermo con decorrenza dal **29 marzo 2025**.

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** sotto la propria personale responsabilità:

- di essere residente a Prov. Via n° C.A.P.;
- di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di in data con voto
- di essere in possesso di abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso in data
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di dal
- di aver conseguito la Specializzazione in presso in data con voto
- di appartenere alla seguente categoria (**barrare l'opzione di interesse**):
 - Medici iscritti nella graduatoria regionale della PLS anno 2025 (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 della PLS valida per l'anno 2025;
 - Medici in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti diversi dalla lettera B).

Prende atto che ogni comunicazione in merito alla presente domanda verrà trasmessa agli indirizzi e-mail o PEC sopra indicati.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 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.

Allega alla presente: 1. dichiarazione informativa (dichiarazione sostitutiva di atto notorio); 2. copia fronte/retro di documento d'identità in corso di validità; 3. dichiarazione di assolvimento imposta di bollo.

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 privati²:
 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 a ciclo di scelta 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 _____ Branca _____ Ore sett./li _____
 Azienda _____ Branca _____ Ore sett./li _____
5. essere/non essere¹ iscritto negli elenchi dei Medici Specialisti convenzionati esterni²:
 Provincia.....Branca.....
 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, nell'Assistenza Primaria ad attività oraria/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, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.*

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/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
(prov. _____) il _____, Codice Fiscale _____
Residente a _____ (prov. _____)
Via _____ n. _____ Cap _____ Cell. _____
Indirizzo e-mail e PEC _____

relativamente al procedimento telematico allegato alla presente dichiarazione per:

**AVVISO PUBBLICO PER CONFERIMENTO INCARICO PROVVISORIO DI P.L.S. PRESSO IL
COMUNE DI FERMO A DECORRERE DAL 29/03/2025**

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 16,00 € sull'originale cartaceo della domanda e che la marca da bollo ha il seguente n. seriale identificativo:

(riportare l'identificativo presente sulla marca da bollo)

- 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 per esteso)

Ogni eventuale comunicazione deve essere inoltrata a:
Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo - Via Zeppilli, 18 - 63900 - Fermo - Tel. 0734/6252018
PEC: ast.fermo@emarche.it