AST - Azienda Sanitaria Territoriale - Ancona

Avviso pubblico per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti regionali di Pediatria di Libera Scelta rilevati per la 2° pubblicazione dell'anno 2026, sulla base delle comunicazioni trasmesse dalle Aziende Sanitarie Territoriali della Regione Marche.

VISTO L'ART. 32 ACN PLS DEL 18/03/2026

SI RENDE NOTO

che al fine di attribuire gli ambiti territoriali **straordinari** carenti di Pediatria di Libera Scelta, rilevati per l'anno 2026 dalle AA.SS.TT. della Regione Marche e comprensivi di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, si procede ad attivare la procedura di assegnazione prevista dall'**art. 32, comma 5, lettere a), b), c), d)** ed **e)** dell'**A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta del 18/03/2026** mediante l'emanazione del presente Avviso Pubblico, contenente la seconda pubblicazione, per l'**anno 2026**, dell'**elenco degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta** redatto sulla base delle comunicazioni trasmesse dalle AA.SS.TT. della Regione Marche. Il presente Avviso è comprensivo, oltre che dell'elenco succitato, anche dei modelli per la presentazione delle domande di partecipazione (**Modello A** e **Modello B**), della modulistica denominata "Dichiarazione Informativa (dichiarazione sostitutiva di atto notorio)" e della modulistica per la dichiarazione di assolvimento dell'imposta di bollo.

Si precisa che, ai sensi del suddetto **art. 32, comma 5, ACN PLS 18/03/2026**, possono concorrere all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti oggetto della presente procedura:

- **art. 32, comma 5, lettera a)** per trasferimento tra Aziende (interaziendale): i Pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno 2 (due) anni nel medesimo elenco di provenienza della Regione Marche;
- **art. 32, comma 5, lettera b)** per trasferimento tra Aziende (interaziendale): i Pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno 4 (quattro) anni in un elenco di Pediatri di Libera Scelta di Regione diversa dalla Regione Marche;
- **art. 32, comma 5, lettera c)**: i Pediatri inclusi nella graduatoria definitiva della Regione Marche per la Pediatria di Libera Scelta valida per l'anno 2026;
- **art. 32, comma 5, lettera 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 ss.mm.ii. successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria definitiva della Regione Marche per la Pediatria di Libera Scelta valida per l'anno 2026, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di partecipazione al presente Avviso;
- **art. 32, comma 5, lettera e)**: 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 ss.mm.ii. non compresi nella lettera precedente.

I Pediatri rientranti nelle categorie sopra elencate verranno graduati secondo i criteri di cui all'**art. 32, commi 6, 7, 8 e 9, ACN PLS 18/03/2026**.

Si precisa che per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta, attribuiti in base alla graduatoria scaturente dal presente Avviso Pubblico, verrà applicata la normativa dettata dall'art. 32 dell'ACN PLS 18/03/2026, al quale si fa espresso rinvio per tutto quanto non previsto nel presente Avviso.

Per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti secondo la sopra richiamata procedura di cui all'**art. 32, comma 5, lettera c)**, verrà utilizzata la **graduatoria definitiva della Regione Marche per la Pediatria di Libera Scelta** valevole per il **2026**, approvata con Determina Dirigenziale AST Ancona n. 740 del 24/12/2025 e pubblicata sul **Bollettino Ufficiale della Regione Marche n. 3 del 8 gennaio 2026**.

Gli incarichi assegnati con la presente procedura verranno disciplinati secondo le condizioni economiche e giuridiche previste dalle vigenti normative nazionali, regionali ed aziendali, per quanto compatibili.

Si rende noto che il presente Avviso è altresì pubblicato sul sito Internet dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona (https://www.astancona.marche.it); inoltre, l'Avviso stesso, ai fini della massima divulgazione, verrà inviato a tutte le strutture amministrative e sanitarie interessate per la pubblicazione sui rispettivi siti Internet.

2

Pubblicazione dell'elenco degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta, 2° PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA ANNO 2026, sulla base delle comunicazioni trasmesse dalle Aziende Sanitarie Territoriali della Regione Marche.

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI PESARO E URBINO – AFT DISTRETTO DI URBINO *Carenze PLS:* **n. 1**

- n. 1 *incarico con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Sassocorvaro-Auditore.***

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI ANCONA – AFT DISTRETTO DI ANCONA ***Carenze PLS: n. 1***

- n. 1 *incarico con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Falconara M.ma.***

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI ANCONA – AFT DISTRETTO DI FABRIANO *Carenze PLS:* **n. 1**

- n. 1 *incarico con studio principale da ubicarsi nel Comune* ***di Fabriano.***

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI ANCONA – AFT DISTRETTO DI SENIGALLIA ***Carenze PLS: n. 1***

- n. 1 *incarico con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Ostra***

3

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI MACERATA – AFT DISTRETTO DI CAMERINO ***Carenze PLS: n. 1***

- n. 1 *incarico con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Pieve Torina/Visso (doppio ambulatorio)***

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI MACERATA – AFT DISTRETTO DI MACERATA ***Carenze PLS: n. 2***

- n. 1 *incarico con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Passo Sant'Angelo***
- n. 1 *incarico con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Montecassiano***

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI FERMO – AFT DISTRETTO UNICO DI FERMO ***Carenze PLS: n. 1***

- n. 1 *incarico con studio principale da ubicarsi nel Comune* ***di Amandola***

.....

AVVERTENZE GENERALI

1) Le domande di partecipazione alle procedure di assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta, conformemente ai modelli di domanda che seguono (**Modello A** e **Modello B**), dovranno essere spedite, a pena di esclusione, **esclusivamente tramite PEC** all'indirizzo **ast.ancona@emarche.it** **entro e non oltre 20 (venti) giorni a decorrere dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente bollettino (art. 32 comma 4).**

La validità della trasmissione e ricezione del messaggio di Posta Elettronica Certificata è attestata dalla **ricevuta di avvenuta consegna** che rilascia il sistema (**non è sufficiente la ricevuta di accettazione ma occorre la ricevuta dell'avvenuta consegna**).

Nell'**oggetto della PEC** dovrà essere riportato **il nome ed il cognome del Pediatra candidato** e la dicitura "**Domanda per assegnazione ambiti territoriali straordinari carenti di Pediatria di Libera Scelta 2° pubblicazione anno 2026**".

Il candidato dovrà essere titolare della casella di Posta Elettronica Certificata utilizzata per l'invio della domanda, a pena di esclusione.

La domanda dovrà essere sottoscritta con **firma autografa** del candidato **oppure** sottoscritta con **firma digitale** del candidato con certificato rilasciato dal certificatore accreditato; successivamente, la domanda stessa, debitamente compilata e firmata e munita degli allegati richiesti, andrà acquisita in formato PDF o JPEG ed allegata alla PEC per l'invio.

L'AST di Ancona declina fin d'ora ogni responsabilità in caso d'impossibilità di apertura di file di formato diverso da quello indicato poiché non leggibili dal Sistema PALEO di Protocollo Informatico, oppure rilevati come difettosi dal Sistema predetto.

Le domande inviate da una casella di Posta Elettronica non certificata (e-mail ordinaria) o che non soddisfino i requisiti di formato sopra indicati saranno considerate irricevibili, con conseguente esclusione dalla procedura.

L'invio tramite PEC della domanda sostituisce a tutti gli effetti l'invio cartaceo tradizionale. L'invio della PEC inibisce quindi la possibilità di presentare la domanda in forma cartacea tramite Raccomandata A/R o consegna a mano all'Ufficio Protocollo dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona, a pena di esclusione.

È esclusa ogni altra forma di presentazione delle domande diversa dall'invio a mezzo PEC.

Le domande si considereranno prodotte in tempo utile solo se spedite entro il termine sopra indicato. 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.
Non verranno prese in considerazione e saranno quindi escluse le domande spedite oltre il termine di scadenza sopra indicato, qualunque ne sia la causa. Scaduto il termine per la presentazione delle domande non è ammessa ulteriore produzione di documenti.

La domanda dovrà essere inviata in **marca da bollo da € 16,00** **(l'originale della marca va apposto nell'apposito riquadro in alto a sinistra presente nei modelli di domanda; la marca stessa va poi annullata)**; inoltre, alla domanda dovrà essere **obbligatoriamente** allegata la modulistica denominata **DICHIARAZIONE INFORMATIVA** (dichiarazione sostitutiva di atto notorio) debitamente compilata e firmata, la modulistica denominata "**assolvimento dell'imposta di bollo - dichiarazione ex art. 46 e 47 DPR 445/2000**" debitamente compilata e firmata e **copia fronte/retro di un documento d'identità** in corso di validità.

Costituiscono **MOTIVI DI ESCLUSIONE** dalla presente procedura:

- **domanda priva delle dovute sottoscrizioni;**
- **domanda priva della modulistica denominata "assolvimento dell'imposta di bollo - dichiarazione ex art. 46 e 47 DPR 445/2000";**
- **domanda priva delle autocertificazioni richieste e/o non completa;**
- **domanda priva di copia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità;**
- **utilizzo di modulistica non conforme rispetto a quella pubblicata;**
- **domanda spedita oltre il termine di scadenza sopra indicato;**

- **domanda spedita in forma cartacea tramite Raccomandata A/R o consegnata a mano all'Ufficio Protocollo dell'AST di Ancona;**
- **domanda spedita da una casella di Posta Elettronica Certificata non intestata al medico candidato;**
- **domanda spedita da una casella di Posta Elettronica non certificata (e-mail ordinaria);**
- **domanda che non soddisfa i requisiti di formato richiesti.**

Nel caso in cui le domande presentino omissioni o irregolarità sanabili sarà richiesta la regolarizzazione delle stesse con assegnazione di un apposito termine, decorrente dal ricevimento della richiesta di integrazione; l'inadempimento di tale richiesta comporterà l'**esclusione dalla procedura**, senza ulteriore comunicazione formale da parte dell'AST di Ancona.

2) Nella domanda di partecipazione, da presentare utilizzando esclusivamente gli schemi di domanda allegati (**Mod. A "per trasferimento"** o **Mod. B "per titoli"**), il Pediatra candidato deve dichiarare, sotto la sua personale responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, il possesso dei requisiti prescritti ai fini dell'ammissione alla procedura di assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta. I requisiti per l'inclusione nelle graduatorie scaturenti dal presente Avviso dovranno essere obbligatoriamente posseduti alla data della scadenza della domanda, **pena l'esclusione dalla procedura**.

Gli aspiranti dovranno, inoltre, allegare alla domanda (*vedere allegati)*:

- una **dichiarazione informativa - dichiarazione sostitutiva di atto notorio** attestante se, alla data di presentazione della domanda si trovino **in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 20 ACN PLS del 18/03/2026**;
- **copia fronte/retro di un documento d'identità** in corso di validità;
- la modulistica denominata "**assolvimento dell'imposta di bollo - dichiarazione ex art. 46 e 47 DPR 445/2000**" debitamente compilata e firmata.

L'AST di Ancona "U.O.C. DAT e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali" si riserva la facoltà di controllare la veridicità delle dichiarazioni sostitutive presentate in ogni fase del procedimento di assegnazione degli ambiti territoriali carenti e, qualora ne accerti la non veridicità, provvederà a disporre l'immediata adozione del relativo provvedimento di esclusione dalla selezione, oppure di decadenza dall'assegnazione dall'incarico, che tuttavia non esimerà il Pediatra candidato dalle eventuali azioni di responsabilità previste nei suoi confronti dalla vigente normativa, con specifico riferimento al D.P.R. n. 445/2000.

La **graduatoria regionale annuale definitiva per la Pediatria di Libera Scelta** cui fare riferimento è quella valida per l'**anno 2026**,. approvata con Determina Dirigenziale AST Ancona n. 740 del 24/12/2025 e pubblicata sul **Bollettino Ufficiale della Regione Marche n. 3 del 8 gennaio 2026**.

3) Ai sensi dell'**art. 32, comma 5,** dell'**A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta del 18/03/2026**, possono concorrere all'attribuzione degli ambiti territoriali carenti oggetto della presente procedura:

- **art. 32, comma 5, lettera a)** per trasferimento tra Aziende (interaziendale): i Pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno 2 (due) anni nel medesimo elenco di provenienza della Regione Marche.;
- **art. 32, comma 5, lettera b)** per trasferimento tra Aziende (interaziendale): i Pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno 4 (quattro) anni in un elenco di Pediatri di Libera Scelta di Regione diversa dalla Regione Marche;
  I pediatri di cui all'art. 32, comma 5, lettere a) e b) sono graduati in base all'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 21, comma 1 (art. 32, comma 6, ACN PLS 18/03/2026).
  Il pediatra che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'art. 23, comma 1, lettera a). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza (ACN PLS 18/03/2026 art. 32, comma 15).

- **art. 32, comma 5, lettera c)**: i Pediatri inclusi nella graduatoria definitiva della Regione Marche per la Pediatria di Libera Scelta valida per l'anno 2026;

I Pediatri dell'art. 32, c. 5, lettera c) sono graduati nell'ordine risultante dai criteri di cui all'art. 32, comma 7:

lettera a): attribuzione del punteggio riportato nella suddetta graduatoria regionale valida per l'anno 2026;

lettera b): attribuzione di 6 (sei) punti 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 suddetta valida per l'anno 2026 (31/01/2025) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;

lettera c): attribuzione di 10 (dieci) punti ai Pediatri residenti nell'ambito della Regione Marche da almeno 2 (due) anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella suddetta graduatoria regionale valida per l'anno 2026 (31/01/2025) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;

In caso di pari posizione in graduatoria, i Pediatri di cui al comma 5, lettere a), b) e c) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età (art. 32, comma 9, ACN PLS 18/03/2026).

- **art. 32, comma 5, lettera 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 ss.mm.ii. successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria definitiva della Regione Marche per la Pediatria di Libera Scelta valida per l'anno 2026, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di partecipazione al presente Avviso;
- **art. 32, comma 5, lettera e)**: 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 ss.mm.ii. non compresi nella lettera precedente.

I Pediatri di cui alle lettere d) ed e) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età (ACN PLS 18/03/2026 art. 32 comma 8).

Le graduatorie per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti sono formulate sulla base dell'anzianità, dei relativi punteggi e criteri indicati, con la precisazione, per ciascun nominativo, degli ambiti per cui concorre (art. 32, comma 10, ACN PLS 18/03/2026).

4) L'AST di Ancona "U.O.C. DAT e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali" interpellerà i Pediatri secondo il seguente ordine (art. 32, comma 11, ACN PLS 18/03/2026):

a) i Pediatri di cui al comma 5, lettera a)

b) i Pediatri di cui al comma 5, lettera b)

c) i Pediatri di cui al comma 5, lettera c)

d) i Pediatri di cui al comma 5, lettera d), con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, in Azienda, in seguito nella Regione Marche e da ultimo fuori Regione

e) i Pediatri di cui al comma 5, lettera e), con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, in Azienda, in seguito nella Regione Marche e da ultimo fuori Regione

5) L' U.O.C. DAT e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali dell'AST di Ancona provvederà alla **convocazione**, mediante **comunicazione inviata tramite e-mail e/o PEC**, dei Pediatri aventi titolo, secondo graduatoria, all'attribuzione degli ambiti territoriali dichiarati carenti e pubblicati sul presente Bollettino, presso la sede e con gli orari e le modalità che la stessa indicherà, con un **preavviso di almeno 15 (quindici) giorni** (art. 32, comma 12, ACN PLS del 18/03/2026).

Al riguardo, si precisa che l'AST di Ancona non assume alcuna responsabilità nel caso di dispersione di comunicazioni, dipendenti da inesatte indicazioni dei propri recapiti e-mail/PEC da parte dei concorrenti o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dei recapiti predetti rispetto a quelli indicati nella domanda di partecipazione, né per eventuali disguidi comunque imputabili a terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

6) La mancata presenza il giorno della convocazione costituirà rinuncia all'incarico. Il Pediatra oggettivamente impossibilitato a presentarsi potrà dichiarare, tramite PEC all'indirizzo ast.ancona@emarche.it e secondo le ulteriori modalità che verranno in seguito comunicate, 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. **Il Pediatra che accetta l'incarico non può partecipare all'assegnazione di incarichi pubblicati nel corso dello stesso anno** (art. 32, comma 14, ACN PLS del 18/03/2026).

7) **In relazione a particolari situazioni d'urgenza nel procedere all'assegnazione degli incarichi, o in relazione al numero delle domande pervenute, l'Azienda si riserva di non effettuare l'incontro, ma di procedere con l'attribuzione degli incarichi vacanti in modalità telematica (assegnazione via e-mail).**

8) All'atto dell'assegnazione dell'incarico, il Pediatra deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 20 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e, comunque, cessare prima del conferimento dello stesso (art. 32, comma 16, ACN PLS del 18/03/2026).

9) L' U.O.C. DAT e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali dell'AST di Ancona, espletate tutte le formalità per l'assegnazione degli incarichi, invierà alle altre Aziende Sanitarie Territoriali delle Marche interessate i nominativi dei pediatri che hanno accettato gli incarichi, unitamente agli atti relativi alla procedura. Queste ultime conferiranno definitivamente gli incarichi a tempo indeterminato, previa rilevazione di eventuali incompatibilità.

10) In caso di assegnazione per trasferimento ad un Pediatra proveniente da altra Regione, l'AST di Ancona comunicherà all'Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico ai fini di quanto previsto al comma 17 dell'art. 32 ACN PLS 18/03/2026.

11) Si rende noto che il presente Avviso è altresì pubblicato sul sito Internet dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona (https://www.astancona.marche.it), inoltre, l'Avviso stesso, ai fini della massima divulgazione, verrà inviato a tutte le strutture amministrative e sanitarie interessate per la pubblicazione sui rispettivi siti Internet.

12) Si rende noto, infine, che le graduatorie definitive scaturenti dalla presente procedura, comprensive degli esclusi e formalmente approvate, saranno pubblicate sul sito Internet dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona (https://www.astancona.marche.it) e sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche, nonché inviate ai partecipanti al fine di una presa d'atto da parte di questi ultimi.
Le graduatorie verranno comunque pubblicate in un primo momento in via provvisoria, con un anticipo di alcuni giorni rispetto alla pubblicazione di quelle definitive, per consentire agli interessati di visionare le stesse e di proporre eventuali e motivate osservazioni entro i termini che verranno indicati.

Con la presentazione della domanda di partecipazione è implicita, da parte dei Pediatri candidati, l'accettazione senza riserve di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente Avviso Pubblico.

Per quanto non espressamente previsto nel presente Avviso, valgono le regole di cui alle vigenti normative nazionali, regionali ed aziendali, per quanto compatibili.

Per eventuali informazioni e chiarimenti, gli interessati potranno rivolgersi all'U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali di questa Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona all'indirizzo e-mail barbara.lucarelli@sanita.marche.it o ai numeri di telefono 071/8705076 – 071/8705872.

INFORMATIVA RESA AGLI INTERESSATI PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 "GDPR")

CHI SIAMO

TITOLARE DEL TRATTAMENTO: Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Ancona
Sede: Viale C. Colombo, 106 - 60127 Ancona AN
PEC: ast.ancona@emarche.it

RESPONSABILE PROTEZIONE DATI: Data Protection Officer - (DPO)
Tel. 071 2911517
e-mail: dpo.ast.an@sanita.marche.it

L'AST di Ancona è il **TITOLARE DEL TRATTAMENTO** dei dati personali che La riguardano e che potranno essere gestiti in modalità cartacea o attraverso i sistemi informatici.

IL RESPONSABILE della PROTEZIONE dei DATI (o Data Protection Officer - DPO) è il Suo punto di contatto per qualsiasi questione o problema legati all'applicazione del Regolamento sulla privacy (GDPR 679/2016).

COSA FACCIAMO CON I VOSTRI DATI (Categorie dati, requisito necessario)

Per la gestione delle istanze trattiamo dati personali "comuni", come i dati identificativi e anagrafici, e dati personali "particolari" (c.d. "sensibili"), comunque indicati nel modulo per la domanda.
Fornire i Suoi dati personali è necessario per poter accedere alle procedure di assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta per l'anno 2026.

PERCHÉ TRATTIAMO I VOSTRI DATI (Finalità, base giuridica)

Trattiamo i Suoi dati per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'AST di Ancona e, nello specifico, esclusivamente al fine di poter inserire il suo nominativo nelle graduatorie scaturenti dalla pubblicazione dell'elenco regionale degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta per l'anno 2026, sulla base dei criteri di graduazione stabiliti dall'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta, oltre che per la gestione amministrativa della procedura. Tale trattamento avviene ai sensi del combinato disposto degli artt. 9, pr. 2, lett. g), GDPR e 2 sexies co. 2, lett. m), Codice Privacy, per motivi di interesse pubblico afferenti all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta per l'anno 2026.
I Suoi dati personali, anche se raccolti da uno specifico ufficio o presidio, potranno essere utilizzati dal Titolare anche per esigenze di altri settori, purché il trattamento sia sempre connesso al perseguimento delle finalità istituzionali.

COME TRATTIAMO I SUOI DATI E CON QUALI MEZZI (Modalità di trattamento)

Nel trattare i Suoi dati, adottiamo tutte le misure tecniche e organizzative utili ad evitare accessi non autorizzati, divulgazione, modifica o distruzione. Soltanto il personale autorizzato dal Titolare può accedere per effettuare le operazioni di trattamento o di manutenzione dei sistemi. Non sono utilizzati sistemi di decisione automatica, compresa la profilazione.

DOVE FINISCONO I SUOI DATI (Comunicazione a terzi e categorie di destinatari)

In alcuni casi è possibile che i Suoi dati personali siano comunicati a soggetti esterni che svolgono attività per nostro conto. Questi, in ogni caso, vengono nominati Responsabili e istruiti a trattare i dati in massima sicurezza. I Suoi dati personali sono altresì comunicati ad altri enti pubblici solo per obblighi previsti da leggi e regolamenti. I Suoi dati non saranno mai diffusi. In caso di trasferimento verso Paesi non appartenenti all'Unione Europea, essi verranno protetti con idonee misure di sicurezza avendo cura di verificare il rispetto delle condizioni ex artt. 44 e ss. GDPR.

QUANTO TEMPO CONSERVIAMO I SUOI DATI (Periodo di conservazione)

I Suoi dati personali sono conservati solo per il tempo necessario al perseguimento delle finalità sopra riportate, a meno che la Legge non preveda un periodo di conservazione più lungo.

DA CHI RICEVIAMO I SUOI DATI (Fonte dei dati)

Quando possibile, raccogliamo i dati personali direttamente dall'interessato, ma laddove ciò non sia possibile anche in relazione alla tipologia di servizio, ci rivolgiamo a:
- chi esercita legalmente la rappresentanza,
- un prossimo congiunto, familiare, convivente o unito civilmente o, infine, ad un fiduciario.

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

Può richiedere direttamente al Titolare del trattamento di vedere, correggere, cancellare o limitare i dati che trattiamo e che La riguardano. In alcuni casi, può anche opporsi o revocare il Suo consenso al trattamento, laddove previsto; ha anche il diritto alla portabilità dei dati e quindi in qualsiasi momento può richiedere una copia digitale degli stessi o il trasferimento automatico tra enti pubblici.
Può anche richiedere l'applicazione del diritto all'Oblio, laddove ne ricorrano i presupposti, fermo restando i limiti previsti dagli artt. 23 GDPR e 2-undecies e 2-duodecies Codice Privacy.

COME PUÒ ESERCITARE I SUOI DIRITTI

A volte l'evoluzione tecnologica non ci facilita il compito di proteggere i Suoi dati.
Se ha dei dubbi che stiamo conservando Suoi dati errati, incompleti o se pensa che Li abbiamo gestiti male, La preghiamo di contattare il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO) oppure inviare una richiesta utilizzando il modulo di Richiesta di Accesso ai dati, scaricabile dal sito dell'AST Ancona (sito ex ASUR Marche), Sezione Privacy. Il nostro Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO) esaminerà la Sua richiesta e La contatterà per risolvere al più presto il problema. Altrimenti ha il diritto di proporre un reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali.

Il Dirigente Responsabile
U.O.C. D.A.T. e Medicina Convenzionata A.S.T. di Ancona
Gestione Graduatorie Regionali
Dott.ssa Marinella Cardinaletti

Mod. A

BOLLO
€ 16.00

All'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona
U.O.C. D.A.T. e Medicina Convenzionata
Ufficio Gestione Graduatorie Regionali
PEC: ast.ancona@emarche.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
(art. 32, comma 5, lettere a) e b) dell'A.C.N. P.L.S. del 18/03/2026)
(PER TRASFERIMENTO)

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

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

cell. ..... e-mail ..... PEC .....

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 residente a ..... Prov. ..... Via ..... n° ..... C.A.P. .....;
- di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia in data ..... con voto .....;
- di aver conseguito la Specializzazione in ..... in data ..... con voto .....;
- di essere:

❑ **art. 32 c.5 lettera a) dell'ACN PLS del 18/03/2026** titolare di incarico a tempo indeterminato di Pediatria di Libera Scelta presso l'A.S.T. di ..... della Regione Marche, Distretto/Ambito di ..... nel Comune di ..... dal ..... e con anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato di Pediatria di Libera Scelta pari a mesi n. ..... (detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 21, comma 1)

❑ **art. 32 c.5 lettera b dell'ACN PLS del 18/03/2026**: titolare di incarico a tempo indeterminato di Pediatria di Libera Scelta presso l'ASL n. ... di ..... della Regione ..... ***(diversa dalla Regione Marche)***, Distretto/Ambito di ..... nel Comune di ..... dal ..... e con anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato di Pediatria di Libera Scelta pari a mesi n. ..... (detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 21, comma 1);

A tal fine, il/la sottoscritto/a presenta

ISTANZA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 32, comma 5, lettere a) e b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta del 18/03/2026, per i sotto indicati ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche n° ..... del .....

Comune ..... Distretto/Ambito ..... AST .....
Comune ..... Distretto/Ambito ..... AST .....
Comune ..... Distretto/Ambito ..... AST .....
Comune ..... Distretto/Ambito ..... AST .....
Comune ..... Distretto/Ambito ..... AST .....
Comune ..... Distretto/Ambito ..... AST .....
Comune ..... Distretto/Ambito ..... AST .....
Comune ..... Distretto/Ambito ..... AST .....
Comune ..... Distretto/Ambito ..... AST .....
Comune ..... Distretto/Ambito ..... AST .....

Prende atto che ogni comunicazione in merito alla presente domanda verrà trasmessa agli indirizzi e-mail o PEC sopra indicati. **Dichiara**, inoltre, di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali (pagg. 8 e 9 dell'Avviso Pubblico) e **autorizza** l'AST di Ancona al trattamento dei propri dati personali.

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 LEGGIBILE per esteso o firma DIGITALE certificata)*

Mod. B

BOLLO
€ 16.00

All'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona
U.O.C. D.A.T. e Medicina Convenzionata
Ufficio Gestione Graduatorie Regionali
PEC: ast.ancona@emarche.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
(art. 32, comma 5, lettere c), d) ed e) dell'A.C.N. P.L.S. del 18/03/2026)
(PER TITOLI)

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

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

cell. ..... e-mail ..... PEC .....

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 residente:
  - ❑ nella Regione Marche dal ..... nel Comune di ..... Prov. ..... dal .....

  OPPURE
  - ❑ nella Regione ..... *(indicare Regione di residenza diversa dalla Regione Marche)*;
- di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia in data ..... con voto .....;
- di aver conseguito la Specializzazione in ..... in data ..... con voto .....;
- di essere:
  - ❑ **art. 32, comma 5, lettera c) dell'ACN PLS del 18/03/2026**: medico Pediatra già **inserito nella graduatoria della Regione Marche per la Pediatria di Libera Scelta anno 2026** con punteggio .....;
  - ❑ **art. 32, comma 5, lettera d) dell'ACN PLS del 18/03/2026**: medico pediatra in possesso del Diploma di Specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti, ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e ss.mm.ii., conseguito successivamente al termine di scadenza della domanda di inclusione nella graduatoria della Regione Marche per la Pediatria di Libera Scelta valida per l'anno 2026, ovvero successivamente al 31/01/2025;
  - ❑ **art. 32, comma 5, lettera e) dell'ACN PLS del 18/03/2026**: medico pediatra in possesso del Diploma di Specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti, ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e ss.mm.ii., non compreso nella lettera precedente.

A tal fine, il/la sottoscritto/a presenta

ISTANZA

di assegnazione dei sotto indicati ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche n. ..... del .....

Comune ..... Distretto/Ambito ..... AST .....
Comune ..... Distretto/Ambito ..... AST .....
Comune ..... Distretto/Ambito ..... AST .....
Comune ..... Distretto/Ambito ..... AST .....
Comune ..... Distretto/Ambito ..... AST .....
Comune ..... Distretto/Ambito ..... AST .....

Prende atto che ogni comunicazione in merito alla presente domanda verrà trasmessa agli indirizzi e-mail o PEC sopra indicati. **Dichiara**, inoltre, di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali (pagg. 8 e 9 dell'Avviso Pubblico) e **autorizza** l'AST di Ancona al trattamento dei propri dati personali.

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 AUTOGRAFA per esteso o firma DIGITALE certificata)*

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 essere[1] titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale anche come incaricato 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 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 essere[1] 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 essere[1] titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato[1] come Specialista ambulatoriale convenzionato interno[2]:
   Azienda _____ Branca _____ Ore sett./li_____
   Azienda _____ Branca _____ Ore sett./li_____
5. essere/non essere[1] iscritto negli elenchi dei Medici Specialisti convenzionati esterni[2]:
   Provincia.....Branca.....
   Periodo: dal.....;
6. avere/non avere[1] 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 essere[1] 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 determinato[1], nella Regione.....
   O in altra Regione[2]:

Regione .....Azienda..... Ore sett.li.....

in forma attiva – in forma di disponibilità[1] ;

8. essere/non essere[1] 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.PR. 292/87:

rilasciato da ..... in data.....;

9. essere/ non essere iscritto[1] 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 operare[1] 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 modificazioni[2]:

Organismo.....,ore sett.li.....

Via .....Comune di.....

Tipo di attività.....

Tipo di rapporto di lavoro.....

Periodo: dal.....

11. operare/non operare[1] 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 svolgere[1] funzioni di medico di fabbrica[3] 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 svolgere[1] 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 avere[1] 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 essere[1] titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare[1] non esercitare attività che possono configurare conflitto di interesse col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

.....

.....

16. 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.....;

17. svolgere/non svolgere[1] 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 essere[1] 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 operare[1] 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 essere[1] titolare di trattamento di pensione:[2]

.....

.....

Periodo: dal.....;

21. 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 ..... al .....;

NOTE

.....

.....

.....

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

...l.... 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.

Data .....

.....

(firma AUTOGRAFA per esteso o firma DIGITALE certificata)

[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:

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA – 2ª PUBBLICAZIONE ANNO 2026 - SUL TERRITORIO DELLA REGIONE MARCHE

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 AUTOGRAFA per esteso o firma DIGITALE certificata)

Ogni eventuale comunicazione deve essere inoltrata a:
Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona - Viale C. Colombo, 106 - 60127 - Ancona
Tel. 071/8705076 - 071/8705872
PEC: ast.ancona@emarche.it