

ASUR Marche - Area Vasta n. 2 - Ancona

Zone carenti anno 2022 di Assistenza Primaria, di Continuità Assistenziale e Pediatria di Libera Scelta vacanti su tutto il territorio regionale.

Publicazione dell'elenco degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria, ANNO 2022, sulla base delle comunicazioni trasmesse dalle Aree Vaste della Regione Marche.

AREA VASTA N. 1 – DISTRETTO DI PESARO

Carenze: n. : 12

- n. 8 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Pesaro
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Vallefoglia
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Gradara
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Tavullia

AREA VASTA N. 1 – DISTRETTO DI FANO

Carenze: n. : 12

- n. 4 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Fano
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Pergola
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di San Lorenzo in Campo
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Mondolfo
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Fossombrone
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Colli al Metauro

AREA VASTA N. 1 – DISTRETTO DI URBINO

Carenze: n. : 10

- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Urbino
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Fermignano
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Peglio
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Sant'Angelo in Vado
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Cagli
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Frontone
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Tavoleto
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Frontino
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Montecalvo in Foglia

AREA VASTA N. 2 – DISTRETTO DI ANCONA

Carenze: n. : 27

- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Agugliano
- n. 10 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Ancona
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Castelfidardo
- n. 4 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Falconara Marittima
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Loreto
- n. 6 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Osimo
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Sirolo

AREA VASTA N. 2 – DISTRETTO DI JESI

Carenze: n. : 15

- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Castelplanio
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Cingoli
- n. 5 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Filottrano
- n. 4 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Jesi

- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Monsano
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Santa Maria Nuova
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Staffolo

AREA VASTA N. 2 – DISTRETTO DI SENIGALLIA

Carenze: n.: 12

- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Arcevia
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Castelleone di Suasa
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Corinaldo
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Ostra Vetere
- n. 5 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Senigallia
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Serra De' Conti
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Trecastelli

AREA VASTA N. 2 – DISTRETTO DI FABRIANO

Carenze: n.: 5

- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Cerreto D'Esi
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Fabriano
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Sassoferrato

AREA VASTA N. 3 – DISTRETTO DI MACERATA

Carenze: n.: 12

- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Corridonia
- n. 3 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Macerata
- n. 1 con doppio ambulatorio da ubicarsi nei Comuni di Monte San Martino e Penna San Giovanni
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Montecassiano
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Petriolo
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Loro Piceno
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Tolentino
- n. 3 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Treia

AREA VASTA N. 3 – DISTRETTO DI CIVITANOVA MARCHE

Carenze: n.: 15

- n. 8 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Civitanova Marche
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Montecosaro
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Montefano
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Morrovalle
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Potenza Picena
- n. 3 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Recanati

AREA VASTA N. 3 – DISTRETTO DI CAMERINO

Carenze: n. 3:

- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Serravalle di Chienti
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Matelica
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di San Severino Marche

AREA VASTA N. 4 – DISTRETTO DI FERMOCarenze: *n. 29*

- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Monte Urano*
- *n. 7 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Porto Sant'Elpidio*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Sant'Elpidio a Mare*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Falerone*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Fermo*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Grottazzolina*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Magliano di Tenna*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Massa Fermana*
- *n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Montegiorgio*
- *n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Montegranaro*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Monte San Pietrangeli*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Monte Vidon Corrado*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Montottone*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Ortezzano*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Ponzano di Fermo*
- *n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Rapagnano*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Servigliano*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Torre San Patrizio*
- *n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Amandola*

AREA VASTA N. 5 – DISTRETTO DI ASCOLI PICENOCarenze: *n. 11*

- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Ascoli Piceno*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Acquasanta Terme*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Castel di Lama*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Castorano*
- *n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Comunanza*
- *n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Folignano*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Force*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Rotella*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Venarotta*

AREA VASTA N. 5 – DISTRETTO DI SAN BENEDETTO DEL TRONTOCarenze: *n. 5*

- *n. 4 con studio principale da ubicarsi nel Comune di San Benedetto del Tronto*
- *n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Massignano*

Procedure per il conferimento degli incarichi carenti di Assistenza Primaria rilevati per l'anno 2022 sulla base delle comunicazioni inviate dalle Aree Vaste della Regione Marche.

1) Le domande di partecipazione alle procedure di cui in oggetto, conformemente agli allegati che seguono, dovranno essere spedite:

- o a mezzo **Raccomandata A.R. all'A.S.U.R. – Area Vasta n. 2 – UOC DAT - Gestione Graduatorie Regionali - Sede Amministrativa di Fabriano - Via Turati 51- 60044 - Fabriano**
- **o a mezzo PEC all'indirizzo areavasta2.asur@emarche.it**

entro 20 (venti) giorni a decorrere dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente bollettino. Nella busta dovrà essere specificato: contiene domanda per assegnazione incarichi per Graduatorie Regionali di Assistenza Primaria.

Le domande si considereranno prodotte in tempo utile solo se spedite entro il termine indicato. In caso di raccomandata farà fede il timbro con la data dell'ufficio postale. Non verranno considerate le domande spedite oltre il termine di scadenza sopra indicato, qualunque ne sia la causa.

Sulla domanda spedita tramite PEC dovrà essere presente la marca da bollo; inoltre, dovrà essere allegata la modulistica “dichiarazione assolvimento imposta di bollo” debitamente compilata e controfirmata.

Saranno escluse le domande prive:

- **delle dovute sottoscrizioni;**
- **della marca da bollo di € 16,00;**
- **della “dichiarazione assolvimento imposta di bollo” (obbligatoria solo in caso di spedizione via PEC);**
- **della copia fotostatica fronte retro di un documento di riconoscimento in corso di validità.**

Saranno altresì escluse le domande prive delle autocertificazioni richieste, le domande non complete e quelle non conformi alla modulistica pubblicata.

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) La graduatoria regionale annuale di settore definitiva cui fare riferimento è quella valida per l'anno 2022.

4) Per l'attribuzione degli incarichi di Assistenza Primaria si applicheranno le norme di cui all'art. 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 21.06.2018, in particolare:

- art. 5 c. 5 lettera a): per trasferimento, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria iscritti da almeno 2 anni in un elenco della Regione Marche e quelli iscritti da almeno 4 anni in un elenco di altra Regione, che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale (*il trasferimento sono possibili fino alla concorrenza di 1/3 dei posti 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*). **Il medico 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. 19, comma 1, lettera c). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza (ACN 21/06/2018 art. 5 comma 21).**

- art. 5 c. 5 lettera b): per titoli, i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso graduati come specificato dall'art. 5, comma 8, lettere a), b) e c), ovvero:
 - Attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale;
 - Attribuzione di cinque punti a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente 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 valida per l'anno 2022 (31/01/2021) 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 valida per l'anno 2022 (31/01/2021) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
- art. 5 c. 5 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** (tali medici verranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea).

5) Terminate le procedure di cui ai punti precedenti, si procederà ad attivare la procedura con pubblicazione sul sito della SISAC di cui all'art. 5, comma 17, ACN MG 21/06/2018.

6) Ai sensi di quanto disposto dall'art. 4 ACN MG 18/06/2020, i medici frequentanti il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale presso la Regione Marche verranno convocati successivamente all'espletamento di tutte le procedure succitate, a seguito di emanazione di apposito bando che verrà pubblicato sul sito aziendale dell'Area Vasta n. 2 e sui siti di tutte le strutture amministrative e sanitarie interessate, ai fini della massima divulgazione.

7) La procedura sopra citata di conferimento degli incarichi carenti di Assistenza Primaria di cui all'**art. 5 c. 5 lettera b)** dell'ACN MG 21/6/2018 avverrà nella seguente misura:

- 80 % a favore dei medici in possesso del Titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale (comma 13 lettera a);
- 20 % a favore dei medici in possesso di Titolo Equipollente al Titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale, con abilitazione alla data del 31/12/1994 o antecedente (comma 13 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 vengano assegnati, per carenza di domande di incarico, incarichi vacanti di Assistenza Primaria spettanti ad una delle due riserve di aspiranti, gli stessi verranno assegnati all'altra riserva di aspiranti (art. 5, comma 14, ACN MG 21/06/2018).

8) L' U.O.C. DAT - Gestione Graduatorie Regionali - provvederà alla convocazione, mediante Raccomandata A.R. o e-mail/PEC, dei medici aventi titolo secondo graduatoria al conferimento degli incarichi dichiarati carenti 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. 5, comma 18, ACN MG del 21.06.2018).

9) La mancata presenza il giorno della convocazione costituirà rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, tramite PEC al seguente indirizzo: areavasta2.asur@emarche.it, la propria disponibilità all'accettazione, con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali abbia presentato domanda; in tal caso, gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati (art. 5, comma 20, ACN MG del 21.06.2018).

10) **In relazione all'evoluzione della situazione emergenziale della pandemia SARS COVID-19, l'Azienda si riserva di non effettuare l'incontro, ma di procedere con l'assegnazione degli incarichi vacanti in modalità telematica (via e-mail).**

11) L' U.O.C. DAT - Gestione Graduatorie Regionali, espletate tutte le formalità per l'accettazione degli incarichi, comunicherà alle Aree Vaste interessate i nominativi dei medici che hanno accettato gli incarichi. Queste ultime conferiranno definitivamente gli incarichi a tempo indeterminato, previa ulteriore rilevazione di eventuali incompatibilità.

BOLLO
€ 16,00

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

RACCOMANDATA A.R.
PEC: areavasta2.asur@emarche.it

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA (art. 34 A.C.N. M.G. del 23.03.2005 e ss.mm.ii.)**

(per trasferimento)

..... sottoscritto... Dott..... nat.... a
(cognome) (nome)

Prov il codice fiscale
(giorno-mese-anno)

cell. n° 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 essere titolare di **incarico** a tempo indeterminato per l'Assistenza Primaria presso l'ASL n. di

della Regione dal o presso l'Area Vasta n. Distretto

nell'ambito territoriale/Comune di della Regione Marche dal e con anzianità

complessiva di Assistenza Primaria pari a mesi n. (detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 18, comma 1)

FA ISTANZA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 5, comma 5, lett. a), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 21.06.2018, per l'assegnazione dei sotto indicati ambiti territoriali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche n° del

Comune Distretto AV

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

il seguente indirizzo e-mail/PEC:

la propria residenza;

il seguente domicilio:
Comune C.A.P. Prov. Via n.

Allega alla presente: dichiarazione informativa (dichiarazione sostitutiva di atto notorio), copia fronte/retro di documento di riconoscimento in corso di validità e dichiarazione di assolvimento imposta di bollo (quest'ultima obbligatoria solo in caso di spedizione via PEC).

Data
.....
(firma per esteso)

BOLLO
€ 16,00

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

RACCOMANDATA A.R.PEC: areavasta2.asur@emarche.it

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI
ASSISTENZA PRIMARIA (art. 34 A.C.N. M.G. del 23.03.2005 e ss.mm.ii.)
(per graduatoria)**

...l... sottoscritto... Dott..... nat.... a
(cognome) (nome)

Prov il codice fiscale.....
(giorno-mese-anno)

residente a Via n° Prov. C.A.P.

cell. n° 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
- presso altra Regione

di essere:

- già inserito nella graduatoria regionale Medicina Generale della Regione Marche anno 2022 con punteggio;
 In possesso attestato Formazione Specifica in MG in possesso di Titolo Equipollente
- in possesso dei requisiti di cui all'art. 5, comma 5, 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 2022), Laureato/a dal con voto

FA ISTANZA

di assegnazione dei sotto indicati ambiti territoriali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche n° del

Comune DistrettoAV

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- il seguente indirizzo e-mail/PEC:
- la propria residenza:
- il seguente domicilio:
Comune C.A.P. Prov. Via n.

Allega alla presente: dichiarazione informativa (dichiarazione sostitutiva di atto notorio), copia fronte/retro di documento di riconoscimento in corso di validità e dichiarazione di assolvimento imposta di bollo (quest'ultima obbligatoria solo in caso di spedizione via PEC).

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 _____ 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, 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 delle graduatorie valide per il conferimento degli incarichi di Medicina Generale per l'anno 2022. 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 dette graduatorie.*
- *I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito istituzionale dell'ASUR Marche – Area Vasta 2 - 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:

ASSEGNAZIONE CARENZE DI ASSISTENZA PRIMARIA - ANNO 2022 - 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 € sull'originale cartaceo della domanda e che la marca da bollo ha il seguente n. seriale identificativo:

- Che la marca da bollo indicata è destinata **esclusivamente alla presentazione della presente istanza e** non sarà utilizzata per qualsiasi altro adempimento.
- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sugli atti presentati e pertanto si impegna a conservare il presente documento ed a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

La presente dichiarazione deve essere firmata in forma autografa o digitale da chi la rende. Qualora la stessa sia firmata con dichiarazione autografa, la stessa deve essere corredata da copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

Data, _____

 (firma)

Ogni comunicazione deve essere inoltrata a:
 ASUR-Area Vasta 2 - Via Turati n. 51 - 60044 Fabriano (AN) - tel 071 8705872
 PEC: areavasta2.asur@emarche.it