

U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale e Medicina Convenzionata  
Gestione Graduatorie Regionali  
Viale Cristoforo Colombo, 106 – 60127 ANCONA

## INCARICHI VACANTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA ANNO 2022 NON ASSEGNATI

(Pubblicazione ai sensi dell'ACN PLS del 21/06/2018 art. 4 c. 12)

Vengono di seguito riportati gli incarichi vacanti di Pediatria di Libera Scelta rilevati nell'anno 2022 nella Regione Marche e non coperti, oggetto di pubblicazione da parte della SISAC in data **19/07/2022**.

Le zone carenti saranno attribuite con i seguenti criteri e priorità:

- medici inseriti nella graduatoria valida per l'anno 2022 di Regione diversa dalla Regione Marche
- medici in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.

Gli aspiranti devono trasmettere la domanda per l'assegnazione degli incarichi di interesse, secondo le istruzioni contenute nelle avvertenze, utilizzando la modulistica in allegato.

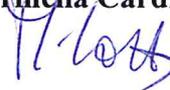
Il termine di 30 (trenta) giorni per la presentazione delle domande decorre dal giorno successivo alla data di pubblicazione da parte della SISAC (entro il **18/08/2022** compreso).

Per informazioni è possibile contattare i numeri 071/8705076 - 071/8705869 o scrivere ai seguenti indirizzi e-mail:

[matteo.paniccia@sanita.marche.it](mailto:matteo.paniccia@sanita.marche.it)

[barbara.lucarelli@sanita.marche.it](mailto:barbara.lucarelli@sanita.marche.it)

**Il Dirigente Responsabile**  
**Dott.ssa Marinella Cardinaletti**



**Regione Marche - Procedure per il conferimento degli incarichi di Pediatria di Libera Scelta anno 2022, rimasti carenti a seguito dell'espletamento delle procedure di assegnazione di cui all'ACN PLS del 21/06/2018 art. 4 c. 5 lettere A), B), C) e D).**

- 1) Le domande dovranno essere spedite utilizzando l'apposita modulistica pubblicata, pena esclusione, e dovranno essere corredate dalla fotocopia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità.
- 2) Le domande dovranno essere spedite con una delle seguenti modalità:
  - o a mezzo **Raccomandata A.R.** indirizzata **“all’A.S.U.R. Marche - Area Vasta n. 2 - U.O.C. D.A.T. - Gestione Graduatorie Regionali - Sede Amministrativa di Fabriano - Via Turati n. 51 - 60044 - Fabriano”**
  - o a mezzo **PEC** all'indirizzo [areavasta2.asur@emarche.it](mailto:areavasta2.asur@emarche.it)
- 3) Le domande dovranno essere spedite **entro 30 (trenta) giorni** a decorrere dal giorno successivo a quello di pubblicazione del link sul sito della SISAC (data pubblicazione: 19/07/2022; data scadenza: 18/08/2022); le domande si considereranno prodotte in tempo utile solo se spedite entro il termine indicato. Farà fede il timbro con la data dell'ufficio postale in caso di trasmissione con Raccomandata A.R.; verranno considerate nulle le domande spedite oltre il termine di scadenza sopra indicato, quale ne sia la causa. I giorni festivi si computano nel termine.
- 4) Sulla domanda spedita con Raccomandata A.R., così come sulla domanda spedita tramite PEC, dovrà essere apposta la marca da bollo da € 1600; inoltre, nel caso di trasmissione unicamente in modalità telematica (PEC), il candidato dovrà compilare e sottoscrivere anche il modello “dichiarazione assolvimento imposta di bollo”, indicando nello stesso il codice identificativo della marca da bollo utilizzata e l'utilizzo esclusivo della stessa per la domanda di cui alla presente pubblicazione.

**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.**

- 5) Per l'attribuzione degli incarichi vacanti residui di Pediatria di Libera Scelta, di cui alla presente pubblicazione, si applicheranno le norme di cui all'**art. 4, comma 12, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta del 21/06/2018**, nello specifico:
  - **art. 4, comma 12, lettera A): “pediatri inseriti nelle graduatorie di altre Regioni”**  
Tali candidati sono graduati sulla base del punteggio già attribuito nella vigente graduatoria di provenienza; in caso di pari punteggio prevalgono, nell'ordine, l'anzianità di specializzazione, il voto di specializzazione e la minore età.
  - **Art. 4, comma 12, lettera B): “pediatri in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.”**

Tali candidati sono graduati nell'ordine dell'anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età, con priorità di interpello per i pediatri residenti nell'ambito carente, nell'Azienda, successivamente nella Regione e da ultimo fuori Regione.

6) L' U.O.C. DAT - Gestione Graduatorie Regionali - provvederà alla convocazione, mediante Raccomandata A.R. o mediante e-mail/PEC, dei pediatri 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. 4, comma 13, ACN PLS del 21.06.2018).

7) La mancata presenza il giorno della convocazione costituirà rinuncia all'incarico. Il pediatra oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, tramite PEC al seguente indirizzo: [areavasta2.asur@emarche.it](mailto: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. 4, comma 15, ACN MG del 21.06.2018).

8) **In relazione all'evoluzione della situazione emergenziale della pandemia SARS COVID-19, l'U.O.C. D.A.T. – Gestione Graduatorie Regionali si riserva di non effettuare l'incontro e di procedere con l'assegnazione degli incarichi vacanti in modalità telematica (via e-mail).**

9) L' U.O.C. D.A.T. - 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.

10) L'Area Vasta 2 è sollevata da ogni responsabilità per eventuali disguidi nel recapito determinati dalla dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del candidato, oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda e per eventuali disguidi non imputabili alla stessa AV2 dell'ASUR.

11) Informativa per il Trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016 e ss.mm. e ii.:

ai sensi della precitata normativa si informa che i dati personali che l'Area Vasta 2 dell'ASUR Marche, in qualità di titolare del trattamento acquisisce, verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento degli adempimenti istituzionali previsti dall'art. 4 ACN per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta del 21/06/2018.

Il titolare del Trattamento dei dati personali è l'ASUR Marche – Area Vasta 2 – dati di contatto:

Dirigente Responsabile U.O.C. D.A.T. e Medicina Convenzionata - Dott.ssa Marinella Cardinaletti  
e-mail: [marinella.cardinaletti@sanita.marche.it](mailto:marinella.cardinaletti@sanita.marche.it)

12) Per informazioni relative alla presente pubblicazione è possibile contattare i numeri 071/8705076 - 071/8705869 o scrivere ai seguenti indirizzi e-mail:

[matteo.paniccia@sanita.marche.it](mailto:matteo.paniccia@sanita.marche.it)

[barbara.lucarelli@sanita.marche.it](mailto:barbara.lucarelli@sanita.marche.it)

**Regione Marche - art. 4, comma 12, ACN PLS 21/06/2018 - Pubblicazione sul sito SISAC dell'elenco degli incarichi vacanti di Pediatria di Libera Scelta, anno 2022, attualmente disponibili, in quanto non coperti a seguito delle precedenti procedure di assegnazione di cui all'ACN PLS del 21/06/2018 art. 4 c. 5 lettere A), B), C) e D).**

**AREA VASTA N. 2 – DISTRETTO DI SENIGALLIA**

Carenze PLS: n.: 1 (carenza straordinaria)

- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Arcevia

**AREA VASTA N. 2 – DISTRETTO DI FABRIANO**

Carenze PLS: n.: 1 (carenza straordinaria)

- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Sassoferrato

.....



ALL'ASUR MARCHE - AREA VASTA N. 2  
SEDE AMMINISTRATIVA DI FABRIANO  
U.O.C. D.A.T. - Ufficio Gestione Graduatorie Regionali  
Via Turati, 51 - 60044 - FABRIANO

**RACCOMANDATA A.R.**

**PEC: areavasta2.asur@emarche.it**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE – GRADUATORIA FINALIZZATA ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI  
AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA  
(A.C.N. P.L.S. del 21.06.2018 art. 4 c. 12)**

...l... sottoscritt... 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. .... CAP .....

Di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito in data ..... con voto .....

Di essere:

inserito, ai sensi dell'art. 4 c. 12 lett. A) ACN PLS 21/6/2018, nella graduatoria valida per l'anno 2022 della Regione (diversa dalla Regione Marche) ..... nella posizione n. .... con punteggio pari a .....

**OPPURE**

in possesso, ai sensi dell'art. 4 c. 12 lett. B) ACN PLS 21/06/2018, del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. (specificare la specializzazione) ..... conseguito presso ..... in data .....

**CHIEDE**

Di partecipare all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti residui per la Pediatria di Libera Scelta, di cui al seguente elenco (indicare i Comuni di interesse):

**AREA VASTA 2 - DISTRETTO DI SENIGALLIA**

incarico con studio principale nel Comune di **Arcevia** (1)

**AREA VASTA 2 - DISTRETTO DI FABRIANO**

incarico con studio principale nel Comune di **Sassoferrato** (1)

**Chiede** che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

i seguenti indirizzi e-mail/PEC: .....

la propria residenza;

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

**Allega alla presente: 1) dichiarazione informativa (dichiarazione sostitutiva di atto notorio); 2) copia fronte/retro di documento di riconoscimento in corso di validità; 3) dichiarazione di assolvimento imposta di bollo (quest'ultima obbligatoria solo in caso di spedizione via PEC).**

Data .....  
(firma per esteso)

ALLEGATO I)

**DICHIARAZIONE INFORMATIVA**  
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott. ....  
nato a ..... il ..... residente in .....  
Via/Piazza ..... n ..... iscritto all'Albo  
dei ..... della Provincia di .....  
ai sensi e agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

**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 incarico 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 medicina generale ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° ..... scelte  
Periodo: dal .....
3. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato: (2)  
A.S.L. .... branca ..... ore sett .....  
A.S.L. .... branca ..... ore sett .....
4. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)  
Provincia ..... branca .....  
Periodo: dal .....

Segue ALLEGATO I)

5. essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione..... o in altra Regione (2):  
 Regione..... A.S.L..... ore sett.....  
 in forma attiva - in forma di disponibilità (1)
6. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L. 833/78: (2)  
 Organismo..... ore sett.....  
 Via..... Comune di .....
- Tipo di attività.....  
 Tipo di rapporto di lavoro.....  
 Periodo: dal.....
7. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L.833/78: (2)  
 Organismo..... ore sett.....  
 Via..... Comune di .....
- Tipo di attività.....  
 Tipo di rapporto di lavoro.....  
 Periodo: dal.....
8. svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:  
 Azienda..... ore sett.....  
 Via..... Comune di.....  
 Periodo: dal.....
9. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)  
 A.S.L. .... Comune di.....  
 Periodo: dal.....
10. 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.....

Segue ALLEGATO I)

11. svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

.....  
.....

Periodo: dal.....

12. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn.1,2,3, o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn.4,5,6):

Soggetto pubblico.....

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

Tipo di attività.....

Tipo di rapporto di lavoro:.....

Periodo: dal.....

13. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)

.....  
.....

Periodo: dal.....

14. 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.....

**NOTE**

.....  
.....  
.....  
.....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data.....

Firma.....

(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 RESIDUE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA - ANNO 2022 - SUL TERRITORIO DELLA REGIONE MARCHE (PUBBLICAZIONE SUL SITO SISAC)**

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