



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

**INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE ANNO 2022 NON ASSEGNATI**

(Pubblicazione ai sensi dell'ACN MG del 21/06/2018 art. 6 c. 15)

Vengono di seguito riportati gli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale 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 titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale

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**

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

**Regione Marche - Procedure per il conferimento degli incarichi di Continuità Assistenziale anno 2022, rimasti carenti a seguito dell'espletamento delle procedure di assegnazione di cui all'ACN MG del 21/06/2018 art. 6 c. 3 lettere A), B) e C).**

- 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 Continuità Assistenziale, di cui alla presente pubblicazione, si applicheranno le norme di cui all'**art. 6, comma 15, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 21/06/2018**, nello specifico:
  - **art. 6, comma 15, lettera A): "medici 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, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.
  - **Art. 6, comma 15, lettera B): "medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale"**  
Tali candidati sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i medici residenti nel territorio aziendale, 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 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. 6, comma 16, ACN MG del 21.06.2018).

7) 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. 6, comma 18, 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. 6 ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale 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. 6, comma 15, ACN MG 21/06/2018 - Pubblicazione sul sito SISAC dell'elenco degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale, anno 2022, attualmente disponibili, in quanto non coperti a seguito delle precedenti procedure di assegnazione di cui all'ACN MG del 21/06/2018 art. 6 c. 3 lettere A), B) e C).**

### **AREA VASTA N. 1 – DISTRETTO DI PESARO**

Carenze: n.: 20

- n. 20 incarichi a 24 ore sett.li cad. (non vi è specifica di Sede)

### **AREA VASTA N. 1 – DISTRETTO DI FANO**

Carenze: n.: 19

- n. 10 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Fano-Mondolfo
- n. 3 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Mondavio
- n. 3 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Calcinelli
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Fossombrone **N.B.:** trattasi di attività di continuità assistenziale più cure intermedie e/o ACAP. Tali attività sono vincolate da eventuali modifiche organizzative delle stesse, dovute a disposizioni regionali, ASUR o di Area Vasta che dovessero intervenire in merito.
- n. 1 incarico a 24 ore sett.li Sede di Pergola

### **AREA VASTA N. 1 – DISTRETTO DI URBINO**

Carenze: n.: 19

- n. 3 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Lunano
- n. 4 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Cagli **N.B.:** trattasi di attività di continuità assistenziale più cure intermedie e/o ACAP. Tali attività sono vincolate da eventuali modifiche organizzative delle stesse, dovute a disposizioni regionali, ASUR o di Area Vasta che dovessero intervenire in merito.
- n. 4 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Urbino
- n. 3 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Mercatino Conca
- n. 3 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Sant'Angelo in Vado
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Urbania

### **AREA VASTA N. 2 – DISTRETTO DI ANCONA**

Carenze: n.: 33

- n. 3 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Chiaravalle
- n. 3 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Falconara Marittima
- n. 1 incarico a 24 ore sett.li Sede di Montemarignano
- n. 4 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Agugliano/Polverigi
- n. 7 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Ancona
- n. 3 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Camerano/Sirolo
- n. 3 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Castelfidardo
- n. 4 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Loreto
- n. 5 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Osimo

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

Carenze: n.: 13

- n. 7 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Senigallia
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Ostra
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Ostra Vetere
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Corinaldo

### **AREA VASTA N. 2 – DISTRETTO DI JESI**

Carenze: n.: 22

- n. 4 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di San Marcello
- n. 7 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Jesi
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Filottrano
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Cingoli
- n. 4 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Maiolati Spontini
- n. 3 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Cupramontana

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

Carenze: n.: 8

- n. 6 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Fabriano
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Sassoferrato

### **AREA VASTA N. 3 – DISTRETTO DI MACERATA**

Carenze: n.: 13

- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li Sede di Macerata
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li Sede di Caldarola
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li Sede di Tolentino
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li Sede di Passo Sant'Angelo
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li Sede di Corridonia
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li Sede di Treia
- n. 1 incarico a 24 ore sett.li Sede di Penna San Giovanni

### **AREA VASTA N. 3 – DISTRETTO DI CIVITANOVA MARCHE**

Carenze: n.: 14

- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li Sede di Recanati
- n. 4 incarichi a 24 ore sett.li Sede di Porto Recanati - Potenza Picena
- n. 3 incarichi a 24 ore sett.li Sede di Morrovalle (Trodrice)
- n. 5 incarichi a 24 ore sett.li Sede di Civitanova Marche

### **AREA VASTA N. 3 – DISTRETTO DI CAMERINO**

Carenze: n.: 3

- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li Sede di Camerino
- n. 1 incarico a 24 ore sett.li Sede di Matelica

### **AREA VASTA N. 4 – DISTRETTO DI FERMO**

Carenze: n.: 29

- n. 4 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Fermo
- n. 4 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Petritoli
- n. 4 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Montegrano

- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Montegiorgio
- n. 4 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Porto Sant'Elpidio
- n. 3 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Amandola
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Porto San Giorgio
- n. 4 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Santa Vittoria in Matenano
- n. 2 incarichi a 24 ore sett.li cad. Sede di Sant'Elpidio a Mare

**AREA VASTA N. 5 – DISTRETTO DI ASCOLI PICENO**

Carenze: n.: 18

- n. 18 incarichi a 24 ore sett.li cad. *(non vi è specifica di Sede)*

**AREA VASTA N. 5 – DISTRETTO DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO**

Carenze: n.: 15

- n. 15 incarichi a 24 ore sett.li cad. *(non vi è specifica di Sede)*

.....

BOLLO  
€ 16,00

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 CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
(A.C.N. M.G. del 21.06.2018 art. 6 c. 15)**

...I... 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. 6 c. 15 lett. A) ACN MMG 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. 6 c. 15 lett. B) ACN MMG 21/06/2018, del titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito presso ..... in data .....

**CHIEDE**

Di partecipare all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti residui per la Continuità Assistenziale, di cui al seguente elenco (indicare le Sedi di interesse):

**AREA VASTA N. 1 – DISTRETTO DI PESARO**

incarico **senza specifica di Sede** (20)

**AREA VASTA N. 1 – DISTRETTO DI FANO**

incarico Sede di **Fano-Mondolfo** (10)

incarico Sede di **Mondavio** (3)

incarico Sede di **Calcinelli** (3)

incarico Sede di **Fossombrone** (2) *N.B.: trattasi di attività di continuità assistenziale più cure intermedie e/o ACAP. Tali attività sono vincolate da eventuali modifiche organizzative delle stesse, dovute a disposizioni regionali, ASUR o di Area Vasta che dovessero intervenire in merito.*

incarico Sede di **Pergola** (1)

**AREA VASTA N. 1 – DISTRETTO DI URBINO**

incarico Sede di **Lunano** (3)

incarico Sede di **Cagli** (4) *N.B.: trattasi di attività di continuità assistenziale più cure intermedie e/o ACAP. Tali attività sono vincolate da eventuali modifiche organizzative delle stesse, dovute a disposizioni regionali, ASUR o di Area Vasta che dovessero intervenire in merito.*

incarico Sede di **Urbino** (4)

incarico Sede di **Mercatino Conca** (3)

incarico Sede di **Sant'Angelo in Vado** (3)

incarico Sede di **Urbania** (2)

#### **AREA VASTA N. 2 – DISTRETTO DI ANCONA**

incarico Sede di **Chiaravalle** (3)

incarico Sede di **Falconara Marittima** (3)

incarico Sede di **Montemarciano** (1)

incarico Sede di **Agugliano/Polverigi** (4)

incarico Sede di **Ancona** (7)

incarico Sede di **Camerano/Sirolo** (3)

incarico Sede di **Castelfidardo** (3)

incarico Sede di **Loreto** (4)

incarico Sede di **Osimo** (5)

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

incarico Sede di **Senigallia** (7)

incarico Sede di **Ostra** (2)

incarico Sede di **Ostra Vetere** (2)

incarico Sede di **Corinaldo** (2)

#### **AREA VASTA N. 2 – DISTRETTO DI JESI**

incarico Sede di **San Marcello** (4)

incarico Sede di **Jesi** (7)

incarico Sede di **Filottrano** (2)

incarico Sede di **Cingoli** (2)

incarico Sede di **Maiolati Spontini** (4)

incarico Sede di **Cupramontana** (3)

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

incarico Sede di **Fabriano** (6)

incarico Sede di **Sassoferrato** (2)

#### **AREA VASTA N. 3 – DISTRETTO DI MACERATA**

incarico Sede di **Macerata** (2)

incarico Sede di **Caldarola** (2)

incarico Sede di **Tolentino** (2)

incarico Sede di **Passo Sant'Angelo** (2)

incarico Sede di **Corridonia** (2)

incarico Sede di **Treia** (2)

incarico Sede di **Penna San Giovanni** (1)

#### **AREA VASTA N. 3 – DISTRETTO DI CIVITANOVA MARCHE**

incarico Sede di **Recanati** (2)

incarico Sede di **Porto Recanati - Potenza Picena** (4)

incarico Sede di **Morrovalle (Trofica)** (3)

incarico Sede di **Civitanova Marche** (5)

#### **AREA VASTA N. 3 – DISTRETTO DI CAMERINO**

incarico Sede di **Camerino** (2)

incarico Sede di **Matelica** (1)

**AREA VASTA N. 4 – DISTRETTO DI FERMO**

- incarico Sede di **Fermo** (4)
- incarico Sede di **Petritoli** (4)
- incarico Sede di **Montegranaro** (4)
- incarico Sede di **Montegiorgio** (2)
- incarico Sede di **Porto Sant’Elpidio** (4)
- incarico Sede di **Amandola** (3)
- incarico Sede di **Porto San Giorgio** (2)
- incarico Sede di **Santa Vittoria in Matenano** (4)
- incarico Sede di **Sant’Elpidio a Mare** (2)

**AREA VASTA N. 5 – DISTRETTO DI ASCOLI PICENO**

- incarico **senza specifica di Sede** (18)

**AREA VASTA N. 5 – DISTRETTO DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO**

- incarico **senza specifica di Sede** (15)

**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)*

**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<sup>1</sup> 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<sup>1</sup>:  
Soggetto..... ore settimanali.....  
Via..... Comune di.....  
Tipo di rapporto di lavoro.....  
Periodo dal.....;
2. essere/non essere<sup>1</sup> 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 essere<sup>1</sup> 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<sup>1</sup> titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato<sup>1</sup> come Specialista ambulatoriale convenzionato interno<sup>2</sup>:  
Azienda \_\_\_\_\_ Branca \_\_\_\_\_ Ore sett./li \_\_\_\_\_  
Azienda \_\_\_\_\_ Branca \_\_\_\_\_ Ore sett./li \_\_\_\_\_
5. essere/non essere<sup>1</sup> iscritto negli elenchi dei Medici Specialisti convenzionati esterni<sup>2</sup>:  
Provincia.....Branca.....  
Periodo: dal.....;
6. avere/non avere<sup>1</sup> 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<sup>1</sup> titolare di incarico di Guardia Medica, nella Continuità Assistenziale o nella Emergenza Sanitaria Territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato<sup>1</sup>, nella Regione.....  
 O in altra Regione<sup>2</sup>:  
 Regione .....Azienda..... Ore sett.li.....  
 in forma attiva – in forma di disponibilità<sup>1</sup> ;
8. essere/non essere<sup>1</sup> 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<sup>1</sup> 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<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>:  
 Organismo.....ore sett.li.....  
 Via .....Comune di.....  
 Tipo di attività .....  
 Tipo di rapporto di lavoro.....  
 Periodo: dal.....
11. operare/non operare<sup>1</sup> 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:<sup>2</sup>  
 Organismo.....ore sett.li.....  
 Via.....Comune di.....  
 Tipo di attività.....  
 Tipo di rapporto di lavoro.....  
 Periodo:dal.....

12. svolgere/non svolgere<sup>1</sup> funzioni di medico di fabbrica<sup>2</sup> 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<sup>1</sup> per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:<sup>2</sup>

Azienda..... Comune di.....

Periodo: dal.....;

14. avere/non avere<sup>1</sup> qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:<sup>2</sup>

.....  
.....

Periodo: dal.....;

15. essere/non essere<sup>1</sup> 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 fruire<sup>1</sup> 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<sup>1</sup> 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<sup>1</sup> titolare di incarico nella Medicina dei Servizi o nelle Attività Territoriali Programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato:<sup>1,2</sup>

Azienda..... Comune di..... ore sett.li.....  
Tipo di attività.....  
Periodo: dal.....;

19. operare/non operare<sup>1</sup> 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<sup>1</sup> titolare di trattamento di pensione:<sup>2</sup>

.....  
.....  
Periodo: dal.....;

21. fruire/non fruire<sup>1</sup> del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:<sup>2</sup>

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.....

---

<sup>1</sup> Cancellare la parte che non interessa.

<sup>2</sup> 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 CONTINUITA' ASSISTENZIALE - 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