

AVVISO PUBBLICO

PER ASSEGNAZIONE INCARICHI VACANTI RESIDUI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA (EX C.A.) ANNO 2022 AI MEDICI FREQUENTANTI IL CORSO DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE PRESSO LA REGIONE MARCHE.

SI RENDE NOTO

che, al fine di conferire le carenze residue dall'espletamento delle procedure di cui all'art. 6, comma 3, lettere a), b) e c) e di cui all'art. 6, comma 15, ACN MMG del 21/06/2018, si procede ad attivare l'ultima fase di assegnazione prevista dall'art. 8 dell'ACN MMG del 18/6/2020 (che ha aggiunto i commi 15 bis e 15 ter all'art. 63 dell'ACN MMG 23/3/2005 come modificato ed integrato dall'ACN MMG del 21/06/2018).

Al riguardo, si precisa che possono partecipare al presente avviso i medici in formazione che, alla data di scadenza del presente avviso, frequentano il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale presso la Regione Marche.

I medici in formazione verranno graduati nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima) a partire dalla data di effettivo inizio del corso, in base alla minore età al conseguimento del diploma di laurea, al voto di laurea ed all'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

Si precisa che per l'assegnazione degli incarichi di medico del ruolo unico di Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale), attribuiti in base alla graduatoria scaturente dal presente avviso pubblico, verrà applicata la normativa dettata dall'art. 8 dell'ACN MG 18/06/2020, al quale si fa espresso rinvio per tutto quanto non previsto nel presente avviso.

L'incarico conferito, di natura temporanea, si convertirà in incarico a tempo indeterminato con decorrenza dalla data di conseguimento del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale, previa acquisizione dell'autocertificazione del titolo.

Inoltre, l'incarico in argomento verrà disciplinato secondo quanto previsto dall'ACN MMG del 23/03/2005 e ss.mm.ii. e dall'ACN MMG del 28/04/2022.

Si precisa che il presente Avviso verrà pubblicato sul sito dell'ASUR MARCHE (Area Professionisti e Imprese - "Area Medicina Convenzionata" - Area Vasta 2 - voce "Avvisi") e reso noto agli Ordini Provinciali dei Medici delle Marche ed a tutte le strutture sanitarie ed amministrative interessate, al fine di una più capillare diffusione tra i medici interessati agli incarichi in questione.

AVVERTENZE GENERALI

Le domande per l'assegnazione degli incarichi di cui al presente avviso, conformemente agli allegati che seguono, dovranno essere spedite:

- **a mezzo Raccomandata A.R.** all'indirizzo "U.O.C. D.A.T. e Medicina Convenzionata Area Vasta n. 2 - Ufficio Gestione Graduatorie Regionali - Sede Amministrativa di Fabriano - Via Turati n. 51 - 60044 - FABRIANO"

oppure

- **a mezzo PEC** all'indirizzo: areavasta2.asur@emarche.it

entro e non oltre il 20° giorno successivo alla pubblicazione della Determina di approvazione del presente Avviso sull'Albo Pretorio ASUR/AV2, pena l'esclusione.

Le domande si considereranno prodotte in tempo utile solo se spedite entro il termine indicato; pertanto, verranno escluse le domande spedite oltre il termine di scadenza suddetto, qualunque ne sia la causa. I giorni festivi si computano nel termine. Se il giorno di scadenza è festivo, la scadenza per la presentazione delle domande è prorogata di diritto al primo giorno seguente non festivo. In caso di raccomandata farà fede il timbro con la data dell'ufficio postale.

Le domande si considereranno valide solo se corredate dalla marca da bollo; pertanto, verranno escluse le domande che ne risulteranno prive (sia in caso di Raccomandata A.R., sia in caso di spedizione via PEC).

Nel caso la domanda sia spedita tramite PEC è obbligatoria la compilazione della "dichiarazione di assolvimento dell'imposta di bollo" (*vedi modulistica allegata*).

E' obbligatorio utilizzare l'allegato modulo di domanda, corredato dalla copia fotostatica fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità.

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. Infine, saranno escluse le domande spedite oltre il termine di scadenza sopra indicato.

La graduatoria derivante dalla presente procedura selettiva verrà pubblicata sul sito dell'ASUR MARCHE (Area Professionisti e Imprese – "Area Medicina Convenzionata" – Area Vasta 2 - voce "GRADUATORIE REGIONALI MEDICINA GENERALE E PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA").

La graduatoria verrà altresì pubblicata in via PROVVISORIA, con un anticipo di alcuni giorni rispetto alla pubblicazione di quella definitiva, per consentire agli interessati di visionare la stessa e di proporre eventuali e motivate osservazioni entro i termini che verranno indicati.

I requisiti per l'inclusione nella graduatoria dovranno essere obbligatoriamente posseduti alla data della scadenza del presente avviso.

In relazione al perdurare della situazione emergenziale della pandemia SARS CoV-2, l'Azienda si riserva di non effettuare la convocazione e l'incontro previsto dall'ACN, bensì di procedere con l'assegnazione degli incarichi vacanti in modalità telematica (via e-mail).

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

matteo.paniccia@sanita.marche.it

barbara.lucarelli@sanita.marche.it

**Il Dirigente Responsabile
U.O.C. D.A.T. e Medicina Convenzionata AV2
Gestione Graduatorie Regionali
Dott.ssa Marinella Cardinaletti**

Regione Marche - art. 8 ACN MMG 18/06/2020 - Pubblicazione dell'elenco degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di Assistenza Primaria ad attività oraria, anno 2022, attualmente disponibili, in quanto non coperti a seguito delle precedenti procedure di assegnazione.

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 Montemarciano
- 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.: 17

- n. 17 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)*

.....

RACCOMANDATA A.R.

PEC: areavasta2.asur@emarche.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DELLE SEDI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA (EX CONTINUITA' ASSISTENZIALE) da interpellarsi in quanto, espletate **tutte le procedure** di assegnazione previste dall'art. 6 dell'ACN MG 21/06/2018, comprese le procedure di cui all'art. 6, comma 15, **uno o più sedi di Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale) sono rimaste vacanti** (art. 63 ACN MG 23/03/2005 e ss.mm.ii.)

BOLLO

€ 16,00

251659264

ALL'ASUR - AREA VASTA N. 2

SEDE AMMINISTRATIVA DI FABRIANO

UOC DAT - Ufficio Gestione Graduatorie Regionali

Via Turati 51 - 60044 FABRIANO

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa

C.F.: nato/a a

il residente a

Prov. Via CAP

Cell. e-mail:

PEC

in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 63 ACN MG 23/03/2005 come modificato dall'art. 8 ACN MG del 18/06/2020

FA ISTANZA

di assegnazione **di incarico temporaneo, da convertire in incarico a tempo indeterminato con decorrenza dalla data di conseguimento del Diploma di Formazione in Medicina Generale**, per i seguenti incarichi vacanti di Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale) pubblicati sull'Albo Pretorio ASUR/AV2 (sistema attiweb) con Determina Direttore AV2:

Sede di.....	Distretto di.....	AV n...	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n...	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n...	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n...	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n...	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n...	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n...	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....
Sede di.....	Distretto di.....	AV n...	Sede di.....	Distretto di.....	AV n....

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

1. di essere residente nel Comune di Prov. dal
2. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università degli Studi di in data..... con voto/110;

3. di:

frequentare il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale presso la Regione Marche (ai sensi del D.L. n. 135/2018 convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 12/2019) relativo al corso triennale/..... effettivamente iniziato in data corrispondente (fatti salvi periodi di sospensione previsti dall'art. 24 D. L.vo 368/99) all'anno di frequenza

1° anno 2° anno 3° anno

oppure

frequentare il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale presso la Regione Marche tramite graduatoria riservata senza borsa di studio ai sensi del "Decreto Calabria" (D.L. n. 35/2019, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 60/2019) relativo al corso triennale/..... effettivamente iniziato in data corrispondente (fatti salvi periodi di sospensione previsti dall'art. 24 D. L.vo 368/99) all'anno di frequenza

1° anno 2° anno 3° anno

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che viene interpellato in quanto sono state espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 6 dell'ACN MMG 21.06.2018, comprese le procedure di cui all'art. 6, comma 15;
- di essere a conoscenza che può partecipare all'assegnazione di tali incarichi in quanto iscritto ai Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale istituiti presso la Regione Marche (art. 63 ACN MG del 23/3/2005 e ss.mm.ii.);
- di essere a conoscenza che ogni comunicazione inerente la presente procedura potrà essere spedita agli indirizzi sopra indicati.

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 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.PR. 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 RESIDUE DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA (EX CONTINUITA' ASSISTENZIALE) - ANNO 2022 - AI MEDICI FREQUENTANTI IL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE PRESSO LA 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