

**ASUR Marche - Area Vasta n. 2 - Ancona**

*Pubblicazione ai sensi dell'art. 32, comma 19, dell'ACN PLS del 28/04/2022 dell'elenco degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta, anno 2022, sulla base delle comunicazioni trasmesse dalle Aree Vaste della Regione Marche.*

*Pubblicazione ai sensi dell'art. 32, comma 19, dell'ACN PLS del 28/04/2022 dell'elenco degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta, anno 2022, sulla base delle comunicazioni trasmesse dalle Aree Vaste della Regione Marche.*

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

Carenze PLS: n.1 (carenza straordinaria)

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

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

Carenze PLS: n.2 (carenze straordinarie)

- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Ancona

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

Carenze PLS: n.1 (carenza straordinaria)

- n. 1 con vincolo di apertura di doppio ambulatorio da ubicarsi sia nel Comune di Potenza Picena (Frazione Porto), che nel Comune di Montelupone

.....

## AVVERTENZE PER I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

- 1) Le domande per il conferimento degli incarichi di Pediatria di Libera Scelta, 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 Amm.va 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 di Pediatria di Libera Scelta. Le domande si considereranno prodotte in tempo utile solo se spedite entro il termine indicato. Per le raccomandate farà fede il timbro con la data dell'ufficio postale. I giorni festivi si computano nel termine. Se il giorno di scadenza è festivo, la scadenza per la presentazione delle domande è prorogata di diritto al primo giorno seguente non festivo. Non verranno 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 la propria posizione giuridica (*vedi allegato*). Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'art. 20 ACN PLS 2022 dovranno essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e, comunque, cessare prima del conferimento dello stesso (ACN 28/04/2022 art. 32, comma 17).
- 3) Ai sensi dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici PLS del 28/04/2022 art. 32 comma 5, potranno concorrere al conferimento degli incarichi negli ambiti carenti:
- a) **Per trasferimento:** i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato nella Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali da almeno 2 (due) anni nell'ambito territoriale di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nel SSN.
- b) **Per trasferimento:** i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno 4 (quattro) anni in un elenco di pediatri di libera scelta di altra Regione e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nel SSN.  
**Il pediatra che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'art. 23, comma 1, lettera a); la rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza (ACN 28/04/2022 art. 32 comma 16).**
- c) I pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso.

- d) I pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria, o discipline equipollenti ai sensi della Tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e ss.mm.ii., successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda.
- 4) L'Area Vasta n. 2 - U.O.C. DAT - Gestione Graduatorie Regionali - interpellerà prioritariamente i pediatri di cui al comma 5 lettere a) e b); successivamente, interpellerà i pediatri di cui al comma 5 lettera c) ed, in ultimo, interpellerà i pediatri di cui al comma 5 lettera d), con priorità per i residenti nell'ambito carente, in Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione (art. 32 comma 11 ACN PLS 28/04/2022).
- 5) Espletate le procedure di cui ai commi precedenti, qualora uno o più ambiti territoriali rimangano vacanti, la Regione o il soggetto da questa individuato, predisporrà specifica comunicazione inerente la disponibilità degli ambiti territoriali sul proprio sito istituzionale e chiederà pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC al fine di favorire la partecipazione di tutti i pediatri interessati. La Regione renderà altresì evidente sul proprio sito la data di pubblicazione da parte della SISAC da cui decorrerà il termine di 20 (venti) giorni per la presentazione delle domande, in bollo, da parte dei pediatri, purché non titolari di incarico a tempo indeterminato nell'ambito del SSN (art. 32 comma 12 ACN PLS 28/04/2022).
- 6) L' U.O.C. DAT - Gestione Graduatorie Regionali - provvederà alla convocazione 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.
- 7) La mancata presenza il giorno della convocazione costituirà rinuncia all'incarico. Il pediatra oggettivamente impossibilitato a presentarsi potrà 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 vacanti per i quali ha concorso. In tal caso, gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati (art. 32 comma 15).
- 8) **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).**
- 9) 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 pediatri 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  
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA  
(per trasferimento)**

...I... sottoscritt... Dott.....  
(cognome) (nome)

nat...a.....prov.....il.....Cod.Fiscale.....

residente nel Comune di ..... via

..... n° ..... 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 a ..... Prov. ....
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per la Pediatria di Libera Scelta 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 incarico pari a mesi n° ..... (detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 21, comma 1), ai sensi dell'art. 32 ACN PLS del 28/04/2022;

**FA ISTANZA DI TRASFERIMENTO**

Secondo quanto previsto dall'art. 32, comma 5, lett. a) e b), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta del 28/04/2022, per l'assegnazione dei seguenti ambiti territoriali carenti pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche n° ..... del .....

Distretto/Ambito Unico \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ AV \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità di non svolgere altra attività a qualsiasi titolo (oppure di svolgere le seguenti altre attività) .....

**Chiede** che ogni comunicazione in merito venga spedita presso gli indirizzi sopra indicati.

**Allega alla presente: dichiarazione informativa (dichiarazione sostitutiva di atto notorio – Allegato I), 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](mailto:areavasta2.asur@emarche.it)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI  
CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA ( per graduatoria)**

...I... sottoscritt... Dott.....  
(cognome) (nome)  
nat...a.....prov.....il.....Cod.Fiscale.....  
residente nel Comune di ..... via  
..... n° ..... 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 nel Comune di ..... Prov ..... a far data dal .....
- Di essere residente nel territorio della Regione ..... dal .....
- Di essersi laureato il ..... con voto ....., iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di ..... senza procedimenti disciplinari in corso, specializzato in ..... il ..... con voto .....
- Di essere inserito nella graduatoria anno 2022 dei Medici Pediatri di Libera Scelta (ACN PLS 28/04/2022 art. 32 c. 5 lett. c) con punteggio .....
- Di essere in possesso del Diploma di Specializzazione conseguito successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno 2022 (ACN PLS 28/04/2022 art. 32 c. 5 lett. d)

**FA ISTANZA**

ai sensi dell'art. 32 dell'A.C.N. per la Pediatria di Libera Scelta del 28/04/2022, del quale conosce ed accetta le condizioni ed i termini in esso contenuti, per l'iscrizione negli elenchi dei Medici Pediatri di Libera Scelta nei seguenti ambiti, pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche n° ..... del .....

Distretto/Ambito Unico \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ AV \_\_\_\_\_  
Distretto/Ambito Unico \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ AV \_\_\_\_\_  
Distretto/Ambito Unico \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ AV \_\_\_\_\_  
Distretto/Ambito Unico \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ AV \_\_\_\_\_

**Chiede** che ogni comunicazione in merito venga spedita presso gli indirizzi sopra indicati.

**Allega alla presente: dichiarazione informativa (dichiarazione sostitutiva di atto notorio – Allegato I), 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)

## 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 .....
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 AI SENSI DELL'ART. 32, COMMA 19, ACN PLS DEL 28/04/2022  
DELLE CARENZE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA - 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