

## AVVISO PUBBLICO

**PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA (EX ASSISTENZA PRIMARIA) ANNO 2023, RIMASTI VACANTI SUL TERRITORIO DELLA REGIONE MARCHE A SEGUITO DELL'ESPLETAMENTO DELLE PRECEDENTI PROCEDURE DI ASSEGNAZIONE DI CUI ALL'ART. 34, COMMA 5, ACN MMG DEL 28/04/2022.**

SI RENDE NOTO

che al fine di attribuire gli **incarichi vacanti di Assistenza Primaria a ciclo di scelta (ex Assistenza Primaria)**, rilevati per l'anno 2023 dalle AA.SS.TT. della Regione Marche ed **ancora carenti**, si procede ad attivare la procedura di assegnazione prevista dall'**art. 34, comma 17**, dell'**A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 28/04/2022** mediante l'emanazione del presente Avviso Pubblico, contenente la pubblicazione, per l'anno **2023**, **degli incarichi vacanti residui di Assistenza Primaria a ciclo di scelta (ex Assistenza Primaria)** sul territorio della Regione Marche (c.d. **pubblicazione SISAC**).

Si rende noto che, secondo quanto disposto dall'art. 34, comma 17, ACN MMG del 28/04/2022, **il presente Avviso viene pubblicato sul sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona** (sito ex ASUR Marche: <https://www.asur.marche.it> - Home - voce "Professionisti e Imprese" - Area Medicina Convenzionata - Area Vasta 2 - Avvisi); successivamente, l'AST di Ancona "U.O.C. DAT e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali" chiederà la **pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC**, al fine di favorire la partecipazione di tutti i medici interessati.

L'U.O.C. DAT e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali dell'AST di Ancona **renderà poi evidente sul proprio sito istituzionale la data di pubblicazione da parte della SISAC da cui decorre il termine di 20 (venti) giorni per la presentazione delle domande**, in bollo, da parte dei medici, purché non titolari di altro incarico a tempo indeterminato analogo a quello per il quale concorrono.

Inoltre, l'Avviso in questione, ai fini della massima divulgazione, verrà inviato anche a tutte le strutture amministrative e sanitarie interessate per la pubblicazione sui rispettivi siti web.

Il presente Avviso è comprensivo, oltre che dell'elenco degli incarichi vacanti residui, anche del **modello per la presentazione delle domande di partecipazione (Modello A)**, della modulistica denominata "**Dichiarazione Informativa (dichiarazione sostitutiva di atto notorio)**" e della modulistica per la **dichiarazione di assolvimento dell'imposta di bollo**.

Si precisa che, ai sensi del suddetto **art. 34, comma 17, ACN MMG 28/04/2022**, possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti oggetto della presente procedura:

- **art. 34, comma 17, secondo paragrafo, lettera a)**: medici inseriti nelle graduatorie di altre Regioni;
- **art. 34, comma 17, secondo paragrafo, lettera b)**: medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.

Si precisa che per l'assegnazione degli incarichi di medico del ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta (ex Assistenza Primaria), attribuiti in base alla graduatoria scaturente dal presente Avviso Pubblico, verrà applicata la normativa dettata dall'art. 34, comma 17, dell'ACN MMG 28/04/2022, al quale si fa espresso rinvio per tutto quanto non previsto nel presente Avviso.

Gli incarichi assegnati con la presente procedura verranno disciplinati secondo le condizioni economiche e giuridiche previste dalle vigenti normative nazionali, regionali ed aziendali, per quanto compatibili.

**REGIONE MARCHE - Art. 34, comma 17, ACN MMG del 28/04/2022. Pubblicazione sul sito SISAC dell'elenco degli incarichi vacanti di Assistenza Primaria a ciclo di scelta (ex Assistenza Primaria), anno 2023, attualmente disponibili, in quanto non coperti a seguito delle precedenti procedure di assegnazione di cui all'art. 34, comma 5, ACN MMG del 28/04/2022.**

**AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI PESARO E URBINO – DISTRETTO DI PESARO**

Carenze: n.: 11

- n. 4 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Pesaro**
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Vallefoglia**
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Gradara**
- n. 3 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Tavullia**

**AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI PESARO E URBINO – DISTRETTO DI FANO**

Carenze: n.: 10

- 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 **Cartoceto**
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Colli al Metauro**
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Terre Roveresche**

**AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI PESARO E URBINO – DISTRETTO DI URBINO**

Carenze: n.: 14

- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Acqualagna**
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Belforte all'Isauro**
- 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 **Petriano**
- 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**
- n. 3 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Sassocorvaro Auditore**
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Piandimeleto**
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Piobbico**

**AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI ANCONA – DISTRETTO DI ANCONA**

Carenze: n.: 30

- n. 13 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Ancona**
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Camerano**
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Castelfidardo**
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Chiaravalle**
- n. 3 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Falconara Marittima**
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Loreto**
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Montemarciano**

- n. **1** con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Numana**
- n. **1** con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Offagna**
- n. **3** con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Osimo**
- n. **1** con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Polverigi**

#### **AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI ANCONA – DISTRETTO DI JESI**

Carenze: n.: 12

- n. **1** con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Castelplanio**
- n. **1** con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Cingoli**
- n. **1** con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Cupramontana**
- n. **2** 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. **2** con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Santa Maria Nuova**

#### **AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI ANCONA – DISTRETTO DI SENIGALLIA**

Carenze: n.: 5

- n. **1** con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Arcevia**
- n. **1** con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Castelleone di Suasa**
- n. **2** con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Senigallia**
- n. **1** con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Trecastelli**

#### **AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI ANCONA – DISTRETTO DI FABRIANO**

Carenze: n.: 6

- n. **4** con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Fabriano**
- n. **2** con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Sassoferrato**

#### **AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI MACERATA – DISTRETTO DI MACERATA**

Carenze: n.: 10

- n. **2** con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Corridonia**
- n. **1** con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Loro Piceno**
- n. **1** con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Mogliano**
- n. **1** con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Petriolo**
- n. **1** con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Tolentino**
- n. **2** con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Treia**
- n. **1** con doppio ambulatorio da ubicarsi nei Comuni di **Monte San Martino** e di **Penna San Giovanni**
- n. **1** con doppio ambulatorio da ubicarsi nei Comuni di **San Ginesio** e di **Ripe San Ginesio**

#### **AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI MACERATA – DISTRETTO DI CIVITANOVA MARCHE**

Carenze: n.: 7

- n. **1** 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 **Morrovalle**
- n. **1** con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Monte San Giusto**
- n. **1** con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Recanati**

- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Potenza Picena**
- n. 1 con doppio ambulatorio da ubicarsi nei Comuni di **Montefano** e di **Recanati**

### **AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI MACERATA – DISTRETTO DI CAMERINO**

Carenze: n. 5

- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Camerino**
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Fiuminata**
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Matelica**
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **San Severino Marche**
- n. 1 con doppio ambulatorio da ubicarsi nei Comuni di **Valfornace** e di **Fiastra**

### **AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI FERMO – DISTRETTO DI FERMO**

Carenze: n. 27

- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Monte Urano**
- n. 3 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Porto Sant'Elpidio**
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Fermo**
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Porto San Giorgio**
- 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. 2 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. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Servigliano**
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Torre San Patrizio**
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Amandola**
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Santa Vittoria in Matenano**
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Montefortino**

### **AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI ASCOLI PICENO – DISTRETTO DI ASCOLI PICENO**

Carenze: n. 9

- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Acquasanta Terme**
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Comunanza**
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Maltignano**
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Montemonaco**
- n. 2 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Offida**
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Roccafluvione**
- n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di **Rotella**

**AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI ASCOLI PICENO – DISTRETTO DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO**

Carenze: n. 4

- n. **1** con studio principale da ubicarsi nel Comune di *Cupra Marittima*
- n. **1** con studio principale da ubicarsi nel Comune di *Grottammare*
- n. **2** con studio principale da ubicarsi nel Comune di *Monteprandone*

.....

## **AVVERTENZE GENERALI**

1) Secondo quanto disposto dall'art. 34, comma 17, ACN MMG del 28/04/2022, **il presente Avviso viene pubblicato sul sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona** (sito ex ASUR Marche: <https://www.asur.marche.it> - Home - voce "Professionisti e Imprese" - Area Medicina Convenzionata - Area Vasta 2 - Avvisi); successivamente, l'AST di Ancona "U.O.C. DAT e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali" **chiederà la pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC**, al fine di favorire la partecipazione di tutti i medici interessati.

L'U.O.C. DAT e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali dell'AST di Ancona renderà poi **evidente sul proprio sito istituzionale la data di pubblicazione sul sito della SISAC del presente Avviso**. Le domande di partecipazione alla presente procedura di assegnazione degli incarichi vacanti residui di Assistenza Primaria a ciclo di scelta (ex Assistenza Primaria), conformemente al modello di domanda che segue (**Modello A**), dovranno poi essere spedite, a pena di esclusione, esclusivamente tramite PEC all'indirizzo [ast.ancona@emarche.it](mailto:ast.ancona@emarche.it) **ENTRO E NON OLTRE 20 (VENTI) GIORNI a decorrere dal giorno successivo a quello di pubblicazione da parte della SISAC del presente Avviso sul proprio sito Internet.**

La validità della trasmissione e ricezione del messaggio di Posta Elettronica Certificata è attestata dalla ricevuta di avvenuta consegna che rilascia il sistema (non è sufficiente la ricevuta di accettazione ma occorre la ricevuta dell'avvenuta consegna).

Nell'**oggetto della PEC** dovrà essere riportato **il nome ed il cognome del medico candidato** e la dicitura **"Domanda per assegnazione incarichi vacanti residui di Assistenza Primaria a ciclo di scelta - procedura SISAC anno 2023"**.

**Il candidato dovrà essere titolare della casella di Posta Elettronica Certificata utilizzata per l'invio della domanda, a pena di esclusione.**

La domanda dovrà essere sottoscritta con **firma digitale** del candidato con certificato rilasciato dal certificatore accreditato, **oppure** sottoscritta con **firma autografa** del candidato; successivamente, la domanda, debitamente compilata e firmata, andrà acquisita in formato PDF o JPEG ed allegata alla PEC per l'invio.

L'AST di Ancona declina fin d'ora ogni responsabilità in caso d'impossibilità di apertura di file di formato diverso da quello indicato poiché non leggibili dal Sistema PALEO di Protocollo Informatico, oppure rilevati come difettosi dal Sistema predetto.

Le domande inviate da una casella di Posta Elettronica non certificata (e-mail ordinaria) o che non soddisfano i requisiti di formato sopra indicati saranno considerate irricevibili, con conseguente esclusione dalla procedura.

**L'invio tramite PEC della domanda sostituisce a tutti gli effetti l'invio cartaceo tradizionale. L'invio della PEC inibisce quindi la possibilità di presentare la domanda in forma cartacea tramite Raccomandata A/R o consegna a mano all'Ufficio Protocollo dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona, a pena di esclusione.**

**E' esclusa ogni altra forma di presentazione delle domande diversa dall'invio a mezzo PEC.**

Le domande si considereranno prodotte in tempo utile solo se spedite entro il termine sopra indicato. 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 prese in considerazione e saranno quindi escluse le domande spedite oltre il termine di scadenza sopra indicato, qualunque ne sia la causa. Scaduto il termine per la presentazione delle domande non è ammessa ulteriore produzione di documenti.

**La domanda dovrà essere inviata in marca da bollo da € 16,00 (apporre l'originale della marca nell'apposito riquadro in alto a sinistra presente nel modello di domanda);** inoltre, alla domanda dovrà

essere **obbligatoriamente** allegata la modulistica denominata **“assolvimento dell’imposta di bollo - dichiarazione”** debitamente compilata e firmata.

Costituiscono **MOTIVI DI ESCLUSIONE** dalla presente procedura:

- **domanda priva delle dovute sottoscrizioni;**
- **domanda priva della modulistica denominata “assolvimento dell’imposta di bollo - dichiarazione”;**
- **domanda priva delle autocertificazioni richieste e/o non completa;**
- **domanda priva di copia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità;**
- **utilizzo di modulistica non conforme rispetto a quella pubblicata;**
- **domanda spedita oltre il termine di scadenza sopra indicato;**
- **domanda spedita in forma cartacea tramite Raccomandata A/R o consegnata a mano all’Ufficio Protocollo dell’AST di Ancona;**
- **domanda spedita da una casella di Posta Elettronica Certificata non intestata al medico candidato;**
- **domanda spedita da una casella di Posta Elettronica non certificata (e-mail ordinaria);**
- **domanda che non soddisfa i requisiti di formato richiesti.**

Inoltre, nel caso in cui le domande presentino omissioni o irregolarità sanabili sarà richiesta la regolarizzazione delle stesse con assegnazione di un apposito termine, decorrente dal ricevimento della richiesta di integrazione; l’inadempimento di tale richiesta comporterà l’esclusione dalla procedura, senza ulteriore comunicazione formale da parte dell’AST di Ancona.

2) Nella domanda di partecipazione, da presentare utilizzando esclusivamente lo schema di domanda allegato (Modello A), il medico candidato deve dichiarare, sotto la sua personale responsabilità ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, il possesso dei requisiti prescritti ai fini dell’ammissione alla procedura di assegnazione delle carenze residue di Assistenza Primaria a ciclo di scelta (ex Assistenza Primaria). Si precisa che i medici che intendono partecipare alla presente procedura non devono essere titolari di altro incarico a tempo indeterminato analogo a quello per il quale concorrono, pena l’esclusione. I requisiti per l’inclusione nelle graduatorie scaturenti dal presente Avviso dovranno essere obbligatoriamente posseduti alla data della scadenza della domanda.

Gli aspiranti dovranno, inoltre, allegare alla domanda (*vedere allegati*):

- una **dichiarazione informativa - 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**;
- **copia fronte/retro di un documento d’identità** in corso di validità;
- la modulistica denominata **“assolvimento dell’imposta di bollo - dichiarazione”** debitamente compilata e firmata.

L’AST di Ancona “U.O.C. DAT e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali” si riserva la facoltà di controllare la veridicità delle dichiarazioni sostitutive presentate in ogni fase del procedimento di assegnazione degli incarichi vacanti e, qualora ne accerti la non veridicità, provvederà a disporre l’immediata adozione del relativo provvedimento di esclusione dalla selezione, oppure di decadenza dall’assegnazione dall’incarico, che tuttavia non esimerà il medico candidato dalle eventuali azioni di responsabilità previste nei suoi confronti dalla vigente normativa, con specifico riferimento al D.P.R. n. 445/2000.

3) Ai sensi dell’**art. 34, comma 17**, dell’**A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 28/04/2022**, possono concorrere all’attribuzione degli incarichi vacanti oggetto della presente procedura:

- **art. 34, comma 17, secondo paragrafo, lettera a):** i **“medici inseriti nelle graduatorie di altre Regioni”**.

Tali medici 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. 34, comma 17, secondo paragrafo, lettera b):** i **“medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale”**.

Tali medici 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 nell’ambito carente, nell’Azienda, successivamente nella Regione e da ultimo fuori Regione.

4) Ai sensi dell'art. 34, comma 18, ACN MMG del 28/04/2022, in caso di mancata assegnazione degli incarichi a seguito della procedura SISAC di cui all'art. 34, comma 17, dell'ACN MMG del 28/04/2022, potranno infine concorrere all'assegnazione degli incarichi i medici frequentanti il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale presso la Regione Marche di cui all'art. 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12. Successivamente, gli eventuali incarichi rimasti ancora vacanti sono attribuiti ai medici frequentanti il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale presso la Regione Marche ai sensi dell'art. 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60.

Per tale categoria di medici c.d. "in formazione", verrà emanato apposito bando che verrà pubblicato sul sito aziendale dell'AST di Ancona e sui siti web di tutte le strutture amministrative e sanitarie interessate, ai fini della massima divulgazione.

5) L' U.O.C. DAT e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali dell'AST di Ancona provvederà alla convocazione, mediante comunicazione inviata tramite e-mail e/o PEC, dei medici aventi titolo, secondo graduatoria, all'attribuzione degli incarichi dichiarati carenti e pubblicati sul sito della SISAC, presso la sede e con gli orari e le modalità che la stessa indicherà, con un preavviso di almeno 15 (quindici) giorni (art. 34, comma 20, ACN MMG del 28/04/2022).

Al riguardo, si precisa che l'AST di Ancona non assume alcuna responsabilità nel caso di dispersione di comunicazioni, dipendenti da inesatte indicazioni dei recapiti e-mail/PEC da parte dei concorrenti o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dei recapiti predetti rispetto a quelli indicati nella domanda di partecipazione, né per eventuali disguidi comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

6) La mancata presenza il giorno della convocazione costituirà rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi potrà dichiarare, tramite PEC all'indirizzo [ast.ancona@emarche.it](mailto:ast.ancona@emarche.it) e secondo le ulteriori modalità che verranno in seguito comunicate, 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. Il medico che accetta l'incarico non può partecipare all'assegnazione di incarichi pubblicati nel corso dello stesso anno (art. 34, comma 22, ACN MMG del 28/04/2022).

7) In relazione a particolari situazioni d'urgenza nel procedere all'assegnazione degli incarichi, l'Azienda si riserva di non effettuare l'incontro, ma di procedere con l'attribuzione degli incarichi vacanti in modalità telematica (via e-mail).

8) All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la propria posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 21 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e, comunque, cessare prima del conferimento dello stesso (art. 34, comma 24, ACN MMG del 28/04/2022).

9) L' U.O.C. DAT e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali dell'AST di Ancona, espletate tutte le formalità per l'assegnazione degli incarichi, invierà alle altre Aziende Sanitarie Territoriali delle Marche interessate i nominativi dei medici che hanno accettato gli incarichi, unitamente agli atti relativi alla procedura. Queste ultime conferiranno definitivamente gli incarichi a tempo indeterminato, previa ulteriore rilevazione di eventuali incompatibilità.

10) Il presente Avviso, ai fini della massima divulgazione, verrà inviato a tutte le strutture amministrative e sanitarie interessate per la pubblicazione sui rispettivi siti web.

Si rende noto, infine, che le graduatorie definitive scaturenti dalla presente procedura, comprensive degli esclusi e formalmente approvate, saranno pubblicate sul sito internet dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona (sito ex ASUR Marche: <https://www.asur.marche.it> - Home - voce "Professionisti e Imprese" - Area Medicina Convenzionata - Area Vasta 2 – Graduatorie Regionali Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta) e sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche, nonché inviate ai partecipanti al fine di una presa d'atto da parte di questi ultimi.

Le graduatorie verranno comunque pubblicate in un primo momento in via provvisoria, con un anticipo di alcuni giorni rispetto alla pubblicazione di quelle definitive, per consentire agli interessati di visionare le stesse e di proporre eventuali e motivate osservazioni entro i termini che verranno indicati.

Con la presentazione della domanda di partecipazione è implicita, da parte dei medici candidati, l'accettazione senza riserve di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente Avviso Pubblico.

Per quanto non espressamente previsto nel presente Avviso, valgono le norme di cui alle vigenti normative nazionali, regionali ed aziendali, per quanto compatibili.

Per eventuali informazioni e chiarimenti, gli interessati potranno rivolgersi all'U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali di questa Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona agli 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) o ai numeri di telefono 071/8705076 - 5869.

## **INFORMATIVA RESA AGLI INTERESSATI PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** (artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 "GDPR")

### **CHI SIAMO**

TITOLARE DEL TRATTAMENTO: Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Ancona  
Sede: Viale C. Colombo, 106 - 60127 Ancona AN  
PEC: [ast.ancona@emarche.it](mailto:ast.ancona@emarche.it)

RESPONSABILE PROTEZIONE DATI: Data Protection Officer - (DPO)  
Tel. 071 2911517  
e-mail: [dpo.ast.an@sanita.marche.it](mailto:dpo.ast.an@sanita.marche.it)

L'AST di Ancona è il **TITOLARE DEL TRATTAMENTO** dei dati personali che La riguardano e che potranno essere gestiti in modalità cartacea o attraverso i sistemi informatici.

**IL RESPONSABILE della PROTEZIONE dei DATI** (o Data Protection Officer - DPO) è il Suo punto di contatto per qualsiasi questione o problema legati all'applicazione del Regolamento sulla privacy (GDPR 679/2016).

### **COSA FACCIAMO CON I VOSTRI DATI (Categorie dati, requisito necessario)**

Per la gestione delle istanze trattiamo dati personali "comuni", come i dati identificativi e anagrafici, e dati personali "particolari" (c.d. "sensibili"), comunque indicati nel modulo per la domanda.

Fornire i Suoi dati personali è necessario per poter accedere alle procedure di assegnazione degli incarichi vacanti residui di Assistenza Primaria a ciclo di scelta (ex Assistenza Primaria) per l'anno 2023 (procedura SISAC).

### **PERCHÉ TRATTIAMO I VOSTRI DATI (Finalità, base giuridica)**

Trattiamo i Suoi dati per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'AST di Ancona e, nello specifico, esclusivamente al fine di poter inserire il suo nominativo nelle graduatorie scaturenti dalla pubblicazione regionale degli incarichi vacanti residui di Assistenza Primaria a ciclo di scelta (ex Assistenza Primaria) per l'anno 2023, sulla base dei criteri di graduazione stabiliti dall'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, oltre che per la gestione amministrativa della procedura. Tale trattamento avviene ai sensi del combinato disposto degli artt. 9, pr. 2, lett. g), GDPR e 2 sexies co. 2, lett. m), Codice Privacy, per motivi di interesse pubblico afferenti all'assegnazione degli incarichi vacanti residui in ambito regionale di Assistenza Primaria a ciclo di scelta (ex Assistenza Primaria) per l'anno 2023.

Per tale attività, dunque, non è necessario richiedere il Suo consenso.

I Suoi dati personali, anche se raccolti da uno specifico ufficio o presidio, potranno essere utilizzati dal Titolare anche per esigenze di altri settori, purché il trattamento sia sempre connesso al perseguimento delle finalità istituzionali.

### **COME TRATTIAMO I SUOI DATI E CON QUALI MEZZI (Modalità di trattamento)**

Nel trattare i Suoi dati, adottiamo tutte le misure tecniche e organizzative utili ad evitare accessi non autorizzati, divulgazione, modifica o distruzione. Soltanto il personale autorizzato dal Titolare può accedere

per effettuare le operazioni di trattamento o di manutenzione dei sistemi. Non sono utilizzati sistemi di decisione automatica, compresa la profilazione.

### **DOVE FINISCONO I SUOI DATI (Comunicazione a terzi e categorie di destinatari)**

In alcuni casi è possibile che i Suoi dati personali siano comunicati a soggetti esterni che svolgono attività per nostro conto. Questi, in ogni caso, vengono nominati Responsabili e istruiti a trattare i dati in massima sicurezza. I Suoi dati personali sono altresì comunicati ad altri enti pubblici solo per obblighi previsti da leggi e regolamenti. I Suoi dati non saranno mai diffusi. In caso di trasferimento verso Paesi non appartenenti all'Unione Europea, essi verranno protetti con idonee misure di sicurezza avendo cura di verificare il rispetto delle condizioni ex artt. 44 e ss. GDPR.

### **QUANTO TEMPO CONSERVIAMO I SUOI DATI (Periodo di conservazione)**

I Suoi dati personali sono conservati solo per il tempo necessario al perseguimento delle finalità sopra riportate, a meno che la Legge non preveda un periodo di conservazione più lungo.

### **DA CHI RICEVIAMO I SUOI DATI (Fonte dei dati)**

Quando possibile, raccogliamo i dati personali direttamente dall'interessato, ma laddove ciò non sia possibile anche in relazione alla tipologia di servizio, ci rivolgiamo a:

- chi esercita legalmente la rappresentanza;
- un prossimo congiunto, familiare, convivente o unito civilmente o, infine, ad un fiduciario.

### **QUALI SONO I SUOI DIRITTI**

Può richiedere direttamente al Titolare del trattamento di vedere, correggere, cancellare o limitare i dati che trattiamo e che La riguardano. In alcuni casi, può anche opporsi o revocare il Suo consenso al trattamento, laddove previsto; ha anche il diritto alla portabilità dei dati e quindi in qualsiasi momento può richiedere una copia digitale degli stessi o il trasferimento automatico tra enti pubblici.

Può anche richiedere l'applicazione del diritto all'Oblio, laddove ne ricorrano i presupposti, fermo restando i limiti previsti dagli artt. 23 GDPR e 2-undecies e 2-duodecies Codice Privacy.

### **COME PUÒ ESERCITARE I SUOI DIRITTI**

A volte l'evoluzione tecnologica non ci facilita il compito di proteggere i Suoi dati.

Se ha dei dubbi che stiamo conservando Suoi dati errati, incompleti o se pensa che Li abbiamo gestiti male, La preghiamo di contattare il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO) oppure inviare una richiesta utilizzando il modulo di Richiesta di Accesso ai dati, scaricabile dal sito dell'AST Ancona (sito ex ASUR Marche), Sezione Privacy. Il nostro Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO) esaminerà la Sua richiesta e La contatterà per risolvere al più presto il problema. Altrimenti ha il diritto di proporre un reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali.

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

BOLLO  
€ 16,00

“Modello A”

All’Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona  
U.O.C. D.A.T. e Medicina Convenzionata  
Ufficio Gestione Graduatorie Regionali  
PEC: [ast.ancona@emarche.it](mailto:ast.ancona@emarche.it)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI RESIDUI DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA (EX ASSISTENZA PRIMARIA)  
(art. 34, comma 17, lettere a) e b), A.C.N. M.M.G. del 28/04/2022)**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa ..... 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 aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia in data ..... con voto ...../110;  
– di essere:

inserito, ai sensi dell’**art. 34, comma 17, lettera A), ACN MMG 28/04/2022**, nella graduatoria per la Medicina Generale anno 2023 della Regione (diversa dalla Regione Marche) ..... nella posizione n. .... con punteggio pari a .....

**OPPURE**

in possesso, ai sensi dell’**art. 34, comma 17, lettera B), ACN MMG 28/04/2022**, del titolo di formazione specifica in Medicina Generale conseguito presso ..... in data .....

A tal fine, il/la sottoscritto/a

**CHIEDE**

di partecipare all’assegnazione dei sotto indicati incarichi vacanti residui di Assistenza Primaria a ciclo di scelta (ex Assistenza Primaria), pubblicati sul sito della SISAC:

Comune .....	Distretto .....	AST .....
Comune .....	Distretto .....	AST .....
Comune .....	Distretto .....	AST .....
Comune .....	Distretto .....	AST .....
Comune .....	Distretto .....	AST .....
Comune .....	Distretto .....	AST .....
Comune .....	Distretto .....	AST .....
Comune .....	Distretto .....	AST .....
Comune .....	Distretto .....	AST .....
Comune .....	Distretto .....	AST .....
Comune .....	Distretto .....	AST .....
Comune .....	Distretto .....	AST .....
Comune .....	Distretto .....	AST .....
Comune .....	Distretto .....	AST .....
Comune .....	Distretto .....	AST .....
Comune .....	Distretto .....	AST .....
Comune .....	Distretto .....	AST .....
Comune .....	Distretto .....	AST .....
Comune .....	Distretto .....	AST .....
Comune .....	Distretto .....	AST .....
Comune .....	Distretto .....	AST .....

**Chiede** che ogni comunicazione in merito alla presente procedura venga indirizzata presso gli indirizzi sopra indicati.

**Allega alla presente: dichiarazione informativa (dichiarazione sostitutiva di atto notorio); copia fronte/retro di documento di riconoscimento in corso di validità; dichiarazione di assolvimento imposta di bollo.**

Luogo e 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 a ciclo di scelta 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, nell'Assistenza Primaria ad attività oraria/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.P.R. 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 – quinques 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.*

**In fede.**

Luogo e Data ..... Firma per esteso .....

**Informativa sulla protezione dei dati personali  
ai sensi degli articoli 13 e 14 – Regolamento europeo 2016/679 (GDPR)**

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati personali contenuta nel presente Avviso Pubblico, fornita ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento europeo 2016/679 (GDPR), ai fini dell'emanazione dei provvedimenti conseguenti, a seguito dell'istanza di partecipazione presentata a codesto Ente.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

<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 e-mail e PEC \_\_\_\_\_

relativamente al procedimento telematico allegato alla presente dichiarazione per:

**ASSEGNAZIONE INCARICHI VACANTI RESIDUI DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA (EX ASSISTENZA PRIMARIA) SUL TERRITORIO DELLA REGIONE MARCHE - PROCEDURA SISAC ANNO 2023**

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:

\_\_\_\_\_  
(riportare l'identificativo presente sulla marca da bollo)

- 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 eventuale comunicazione deve essere inoltrata a:  
Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona - Viale C. Colombo, 106 - 60127 - Ancona - Tel. 071/8705076  
PEC: ast.ancona@emarche.it