Allegato n. 1

AVVISO PUBBLICO

PER L'ASSEGNAZIONE AI MEDICI FREQUENTANTI IL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE NELLA REGIONE MARCHE DEGLI INCARICHI DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA (EX ASSISTENZA PRIMARIA) ANNO 2024, RIMASTI VACANTI SUL TERRITORIO REGIONALE A SEGUITO DELL'ESPLETAMENTO DELLE PRECEDENTI PROCEDURE DI ASSEGNAZIONE DI CUI ALL'ART. 34, COMMI 5 E 17, DELL'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 2024 dalle AA.SS.TT. della Regione Marche ed **ancora carenti**, si procede ad attivare l'ultima procedura di assegnazione prevista dall'**art. 34, commi 18 e 19,** dell'**A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 28/04/2022** mediante l'indizione del presente Avviso Pubblico, contenente la pubblicazione, per l'**anno 2024, degli incarichi vacanti residui di Assistenza Primaria a ciclo di scelta (ex Assistenza Primaria)** sul territorio della Regione Marche e riservato ai **medici che frequentano il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale nella Regione Marche**.

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)** e della seguente modulistica da allegare alla domanda:

- modulistica denominata "**Dichiarazione Informativa (dichiarazione sostitutiva di atto notorio)**";
- modulistica per la **dichiarazione di assolvimento dell'imposta di bollo**.

Alla domanda deve essere altresì obbligatoriamente allegata **copia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità**.

Si precisa che, ai sensi del suddetto art. 34, comma 18, ACN MMG 28/04/2022, possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti residui oggetto della presente procedura i medici 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** e, in subordine, i medici di cui all'**art. 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60** (c.d. **"Decreto Calabria"**), i quali, **alla data di scadenza del presente Avviso, frequentano il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale nella Regione Marche**.

I medici in formazione/corsisti, rientranti nelle categorie sopra citate, verranno graduati secondo i criteri di cui all'**art. 34, comma 19, ACN MMG 28/04/2022**.

Si precisa che per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Assistenza Primaria a ciclo di scelta oggetto del presente Avviso, **temporanei fino al conseguimento del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale** ed attribuiti in base alla graduatoria scaturente dal presente Avviso Pubblico, verrà applicata la procedura disciplinata dai commi 18 e 19 dell'art. 34 ACN MMG del 28/04/2022, ai quali si fa espresso rinvio.

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.

Si rende noto, infine, che il presente Avviso è altresì pubblicato nella sezione della Medicina Convenzionata del 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 - AST Ancona - Avvisi); inoltre, l'Avviso stesso, ai fini della massima divulgazione, verrà inviato agli Ordini Provinciali dei Medici delle Marche ed a tutte le strutture sanitarie ed amministrative interessate.

Regione Marche - Art. 34, comma 18, ACN MMG del 28/04/2022 - Pubblicazione degli incarichi vacanti di Assistenza Primaria a ciclo di scelta (ex Assistenza Primaria), anno 2024, attualmente disponibili, in quanto non coperti a seguito delle precedenti procedure di assegnazione di cui all'art. 34, commi 5 e 17, ACN MMG del 28/04/2022.

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI PESARO E URBINO - DISTRETTO DI PESARO

Carenze: *n. 8*

- n. 1 *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***
- n. 2 *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Montelabbate***

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI PESARO E URBINO - DISTRETTO DI FANO

Carenze: *n. 15*

- n. 2 *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Fano***
- n. 1 *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Fratte Rosa***
- 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. 3 *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Mondolfo***
- n. 1 *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Cartoceto***
- n. 1 *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Colli al Metauro***
- n. 1 *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Sant'Ippolito***
- n. 1 *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Mondavio***
- n. 1 *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***San Costanzo***

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI PESARO E URBINO - DISTRETTO DI URBINO

Carenze: *n. 20*

- 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. 2 *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Sant'Angelo in Vado***
- n. 2 *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. 1 *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Piandimeleto***
- n. 2 *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Piobbico***
- n. 1 *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Acqualagna***
- n. 1 *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Urbania***
- n. 1 *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Fermignano***
- n. 1 *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Borgo Pace***
- n. 1 *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Macerata Feltria***
- n. 1 *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Monte Grimano Terme***
- n. 1 *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Mercatino Conca***

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI ANCONA - DISTRETTO DI ANCONA
Carenze: *n. 35*

- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Agugliano***
- n. **13** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Ancona***
- n. **3** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Camerano***
- n. **3** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Castelfidardo***
- n. **2** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Chiaravalle***
- n. **2** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Falconara Marittima***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Loreto***
- n. **2** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Montemarciano***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Offagna***
- n. **6** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Osimo***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Sirolo***

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI ANCONA - DISTRETTO DI JESI
Carenze: *n. 14*

- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Castelplanio***
- n. **7** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Jesi***
- n. **2** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Cingoli***
- n. **2** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Filottrano***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Santa Maria Nuova***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***San Marcello***

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI ANCONA - DISTRETTO DI SENIGALLIA
Carenze: *n. 6*

- n. **2** *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. 9*

- n. **8** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Fabriano***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Sassoferrato***

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI MACERATA - DISTRETTO DI MACERATA
Carenze: *n. 19*

- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Appignano***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Belforte del Chienti***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Camporotondo di Fiastrone***
- n. **1** *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* ***Montecassiano***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Petriolo***

- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Pollenza***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Ripe San Ginesio***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Sant'Angelo in Pontano***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Sarnano***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Serrapetrona***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Tolentino***
- n. **4** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Treia***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Urbisaglia***
- n. **1** *con doppio ambulatorio da ubicarsi nei Comuni di* ***Monte San Martino*** *e di* ***Penna San Giovanni***

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI MACERATA - DISTRETTO DI CIVITANOVA MARCHE

Carenze: *n. **12***

- n. **3** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Civitanova Marche***
- n. **2** *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 studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Montelupone***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Porto Recanati***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Montefano***

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI MACERATA - DISTRETTO DI CAMERINO

Carenze: *n. **9***

- n. **2** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Castelraimondo***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Matelica***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Pioraco***
- n. **3** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***San Severino Marche***
- n. **1** *con doppio ambulatorio da ubicarsi nei Comuni di* ***Fiuminata*** *e di* ***Gagliole***
- n. **1** *con doppio ambulatorio da ubicarsi nei Comuni di* ***Valfornace*** *e di* ***Fiastra***

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI FERMO - DISTRETTO DI FERMO

Carenze: *n. **38***

- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Monte Urano***
- n. **6** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Porto Sant'Elpidio***
- n. **2** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Sant'Elpidio a Mare***
- n. **10** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Fermo***
- 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. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Montappone***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Monterubbiano***
- n. **3** *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. **1** *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. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Rapagnano***
- n. **1** *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* ***Montelparo***
- 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. 12*

- n. **3** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Ascoli Piceno***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Acquasanta Terme***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Appignano del Tronto***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Arquata del Tronto***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Castel di Lama***
- n. **2** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Comunanza***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Colli del Tronto***
- n. **2** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Folignano***

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI ASCOLI PICENO - DISTRETTO DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO

Carenze: *n. 2*

- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Montefiore dell'Aso***
- n. **1** *con studio principale da ubicarsi nel Comune di* ***Monteprandone***

.....

AVVERTENZE GENERALI

1) Le domande di partecipazione alle procedure 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 essere spedite, a pena di esclusione, **esclusivamente tramite PEC** all'indirizzo **ast.ancona@emarche.it** **entro e non oltre n. 20 (venti) giorni da quello successivo alla pubblicazione del presente Avviso Pubblico sull'Albo Pretorio del sito Internet dell'AST di Ancona (sito ex ASUR Marche).**

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 anno 2024 - corsisti in Medicina Generale**".

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 autografa** del candidato **oppure** sottoscritta con **firma digitale** del candidato con certificato rilasciato dal certificatore accreditato; successivamente, la domanda stessa, 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.

È 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.

Nella domanda di partecipazione, da presentare utilizzando esclusivamente lo schema di domanda allegato (**Modello A**), il medico corsista 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). **I requisiti per l'inclusione nelle graduatorie scaturenti dal presente Avviso dovranno essere obbligatoriamente posseduti alla data della scadenza della domanda**.

La domanda dovrà essere inviata in **marca da bollo da € 16,00** (**l'originale della marca andrà apposto nell'apposito riquadro in alto a sinistra presente nel modello di domanda; la marca stessa andrà poi annullata**); inoltre, alla domanda dovranno essere **obbligatoriamente allegati** la modulistica denominata "**assolvimento dell'imposta di bollo - dichiarazione ex art. 46 e 47 DPR 445/2000**" (debitamente compilata e firmata) e **copia fronte/retro di un documento d'identità** in corso di validità.

Gli aspiranti dovranno, pertanto, obbligatoriamente allegare alla domanda:

1. 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**;
2. **copia fronte/retro di un documento d'identità** in corso di validità;
3. la **modulistica** denominata "**assolvimento dell'imposta di bollo - dichiarazione ex art. 46 e 47 DPR 445/2000**", 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.

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

- **domanda priva delle dovute sottoscrizioni;**
- **domanda priva della modulistica denominata "assolvimento dell'imposta di bollo - dichiarazione ex art. 46 e 47 DPR 445/2000";**
- **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;**
- **domanda proveniente da un medico che, alla data di scadenza della domanda di partecipazione al presente Avviso Pubblico, non frequenta il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale nella Regione Marche.**

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.

3) Ai sensi dell'**art. 34, comma 18,** 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 residui oggetto della presente procedura i medici 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** e, in subordine, i medici di cui all'**art. 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60** (c.d. **"Decreto Calabria"**), i quali, **alla data di scadenza del presente Avviso, frequentano il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale nella Regione Marche**.

I medici in formazione, ai sensi dell'**art. 34, comma 19, ACN MMG del 28/04/2022** verranno graduati, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità (di frequenza) sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, nell'Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.
Si precisa che per l'assegnazione degli incarichi vacanti residui di Assistenza Primaria a ciclo di scelta, **temporanei fino al conseguimento del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale** ed attribuiti in base alla

graduatoria scaturente dall'Avviso Pubblico allegato al presente atto, verrà applicata la procedura disciplinata dai commi 18 e 19 dell'art. 34 ACN MMG del 28/04/2022, ai quali si fa espresso rinvio.

4) Ai sensi dell'art. 34, comma 19, secondo capoverso, ai medici a cui verrà assegnato un incarico temporaneo **può essere attribuito un solo incarico a ciclo di scelta o ad attività oraria**.
Gli incarichi assegnati, DI NATURA TEMPORANEA, si convertiranno in incarichi a tempo indeterminato con decorrenza dalla data di conseguimento del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale, previa acquisizione dell'autocertificazione del titolo (art. 33, comma 12, ACN MMG del 28/04/2022).
Inoltre, 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.

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 vacanti residui, 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 rispetti 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 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, o in relazione al numero di domande pervenute, l'Azienda si riserva di non effettuare l'incontro, ma di procedere con l'attribuzione degli incarichi vacanti in modalità telematica (assegnazione via e-mail).**

8) All'atto dell'assegnazione dell'incarico temporaneo 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 temporaneo 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 temporanei, unitamente agli atti relativi alla procedura. Queste ultime conferiranno definitivamente gli incarichi temporanei, previa ulteriore rilevazione di eventuali incompatibilità.

10) Si rende noto che il presente Avviso è altresì pubblicato nella sezione della Medicina Convenzionata del 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 - AST Ancona - Avvisi); inoltre, l'Avviso stesso, ai fini della massima divulgazione, verrà inviato agli Ordini Provinciali dei Medici delle Marche ed a tutte le strutture sanitarie ed amministrative interessate.

Si rende noto, infine, che le graduatorie definitive scaturenti dalla presente procedura, comprensive degli esclusi e formalmente approvate, saranno pubblicate nella sezione della Medicina Convenzionata del 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 - AST Ancona - 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 corsisti 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 dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona agli indirizzi e-mail matteo.paniccia@sanita.marche.it - barbara.lucarelli@sanita.marche.it o ai numeri di telefono 071/8705076 - 071/8705869.

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

RESPONSABILE PROTEZIONE DATI: Data Protection Officer - (DPO)
Tel. 071 2911517
e-mail: 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 2024.

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 degli incarichi vacanti residui di Assistenza Primaria a ciclo di scelta (ex Assistenza Primaria) per l'anno 2024, sulla base dei criteri di graduazione stabiliti dal vigente 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 2024.
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 Direttore
U.O.C. D.A.T. e Medicina Convenzionata A.S.T. di Ancona
Gestione Graduatorie Regionali
(Dott.ssa Marinella Cardinaletti)

"Modello A"

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI RESIDUI DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA (ex Assistenza Primaria) presentata in quanto, espletate **tutte le procedure** di assegnazione previste dall'art. 34, commi 5 e 17, dell'ACN MMG del 28/04/2022, **uno o più incarichi di Assistenza Primaria a ciclo di scelta sono rimasti vacanti (art. 34, commi 18 e 19, ACN MMG del 28/04/2022).**

BOLLO

€ 16,00

All'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona
U.O.C. D.A.T. e Medicina Convenzionata
Ufficio Gestione Graduatorie Regionali
PEC: *ast.ancona@emarche.it*

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

1. di essere residente nel Comune di ..... Prov. .....;
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 c.d. "**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

Il/la sottoscritto/a, in possesso dei requisiti sopra citati previsti dall'articolo 34, comma 18, dell'ACN MMG 28/04/2022, presenta quindi

ISTANZA

di assegnazione dei seguenti incarichi vacanti residui di Assistenza Primaria a ciclo di scelta pubblicati sull'Albo Pretorio del sito Internet dell'AST di Ancona (sito ex ASUR Marche):

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

Prende atto che ogni comunicazione in merito alla presente domanda verrà trasmessa agli indirizzi e-mail/PEC sopra indicati.

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali (pagg. 15 e 16 dell'Avviso Pubblico) e **autorizza** l'AST di Ancona al trattamento degli stessi.

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 dell'imposta di bollo.

Data ....

....
(firma AUTOGRAFA per esteso o firma DIGITALE certificata)

ast
ANCONA

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[1] 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[1]:
   Soggetto..... ore settimanali.....
   Via..... Comune di.....
   Tipo di rapporto di lavoro.....
   Periodo dal.....;
2. essere/non essere[1] 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[1] 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[1] titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato[1] come Specialista ambulatoriale convenzionato interno[2]:
   Azienda _____ Branca _____ Ore sett./li_____
   Azienda _____ Branca _____ Ore sett./li_____
5. essere/non essere[1] iscritto negli elenchi dei Medici Specialisti convenzionati esterni[2] :
   Provincia.....Branca.....
   Periodo: dal.....;
6. avere/non avere[1] 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[1] titolare di incarico di Guardia Medica, nell'Assistenza Primaria ad attività oraria/Continuità Assistenziale o nella Emergenza Sanitaria Territoriale *(cancellare l'opzione che non interessa)* a tempo indeterminato/ a tempo determinato[1], nella Regione.....

O in altra Regione[2] :

Regione .....Azienda..... Ore sett.li.....

in forma attiva – in forma di disponibilità[1];

8. essere/non essere[1] 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[1] 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[1] 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[2]:

    Organismo.....ore sett.li.....

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

    Tipo di attività .....

    Tipo di rapporto di lavoro.....

    Periodo: dal.....

11. operare/non operare[1] 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 svolgere[1] funzioni di medico di fabbrica[2] 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[1] 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 avere[1] 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 essere[1] 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[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.....;
17. svolgere/non svolgere[1] 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[1] 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 operare[1] 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[1] titolare di trattamento di pensione:[2]

……..

……

Periodo: dal……..;

21. 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 (**è possibile indicare tutte le informazioni non riportate in precedenza**):*

……..

……..

……..

Il sottoscritto dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

….l…. 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.

Data …… ……

(firma AUTOGRAFA per esteso o firma DIGITALE certificata)

[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".

ast ANCONA

ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

DICHIARAZIONE

Ex Art. 46 e 47 DPR 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a 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 CARENZE RESIDUE DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA - ANNO 2024 - AI MEDICI FREQUENTANTI IL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE NELLA 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 16,00 € 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 AUTOGRAFA per esteso o firma DIGITALE certificata)

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