

AVVISO PUBBLICO PER CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO PROVVISORIO DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA NEL DISTRETTO DI SENIGALLIA - COMUNE DI SERRA DE' CONTI.

SI RENDE NOTO

Che questa Area Vasta n. 2 procederà al conferimento di n° 1 incarico, della durata di mesi sei, eventualmente rinnovabili che terminerà comunque alla copertura della zona carente, per lo svolgimento dell'attività di pediatria di libera scelta presso l'ambito territoriale del Distretto di Senigallia – Comune di Serra de' Conti.

Gli interessati, ai sensi del vigente A.C.N. per la pediatria di libera scelta verranno graduati come sotto specificato:

Criteria per la redazione della graduatoria utile ai fini dell'attribuzione dell'incarico provvisorio, di cui all'art. 37 ACN del 29/07/2009.

1	Medici Pediatri iscritti nella Graduatoria della Regione Marche vigente al momento della assegnazione dell'incarico - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G.	Residenti nell'Area Vasta n. 2	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 15/12/2005).
		Residenti nella Regione Marche	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 15/12/2005).
		Residenti fuori Regione	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 15/12/2005).

2	Medici in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti - non iscritti a scuole di specializzazione/ corso di formazione specifica in M.G.	Residenti nell' Area Vasta n. 2	Graduati secondo: 1. anzianità di specializzazione 2. il voto di specializzazione 3. la minore età
		Residenti nella Regione Marche	Graduati secondo: 1. anzianità di specializzazione 2. il voto di specializzazione 3. la minore età
		Residenti fuori Regione	Graduati secondo: 1. anzianità di specializzazione 2. il voto di specializzazione 3. la minore età

N.B. Per tutte le categorie deve essere data priorità ai medici che non detengono alcun rapporto di lavoro pubblico o privato.



Il medico che accetta l'incarico è tenuto ad aprire l'ambulatorio nel Comune di Serra de' Conti, pena la decadenza dall'incarico.

Il medico incaricato, del quale sia accertata una posizione di incompatibilità ai sensi dell'art.17 dell'ACN, decadrà dall'incarico e verrà cancellato dalla graduatoria.

L'incarico cesserà comunque al momento della copertura della zona carente di Serra de' Conti.

In ogni caso di cessazione dall'incarico: per rinuncia, decadenza ed altro, l'Amministrazione ha la facoltà di fare ricorso allo scorrimento della graduatoria.

AVVERTENZE GENERALI

1 - Le domande per il conferimento dell'incarico provvisorio dirette a **“ASUR AV2 Sede di Senigallia, Ufficio Protocollo, Via Cellini n. 1 – 60019 Senigallia”**, conformemente agli allegati che seguono, dovranno essere inviate entro e non il 15° giorno successivo alla pubblicazione del presente avviso sull'Albo Pretorio dell'AV2. L'avviso sarà inoltre pubblicato sui relativi siti internet aziendali di questa ASUR Area Vasta n. 2. Nella busta contenete la domanda gli interessati dovranno indicare quanto segue: “contiene domanda per il conferimento di incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta Distretto di Senigallia” La stessa dicitura dovrà essere indicata nell'oggetto in caso di invio tramite PEC.

Dette istanze potranno essere inoltrate tramite le modalità sotto indicate:

- Tramite servizio postale, esclusivamente a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento (a tal fine darà fede il timbro e data dell'Ufficio Postale);
- Presentate in busta chiusa direttamente all'Ufficio protocollo della sede operativa ARE VASTA n. 2 Senigallia, in Via Cellini n. 1 60019 – Senigallia;
- Tramite posta elettronica certificata esclusivamente all'indirizzo di posta elettronica: **areavasta2.asur@emarche.it**. In tal caso il candidato dovrà essere titolare della casella di posta elettronica certificata utilizzata per l'invio della domanda.

Non verranno considerate le domande inviate oltre i termini sopracitati e con forme diverse da quelle indicate e comunque non saranno inserite in graduatoria le domande che, seppure spedite in tempo utile, non perverranno all'Ufficio Protocollo AV2 entro i cinque giorni successivi alla scadenza del termine previsto.

2 – In allegato alla domanda gli aspiranti all'incarico dovranno produrre copia di un documento di riconoscimento in corso di validità, datato e firmato dagli stessi.

(non si prenderanno in considerazione domande redatte non utilizzando il fac-simile allegato, non firmate o non debitamente compilate o prive del documento di riconoscimento)

Per ulteriori informazioni telefonare al n° 071/79092336

L' Area Vasta n. 2 si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone comunicazione agli interessati.

Senigallia, lì

**IL DIRETTORE AV 2
(Ing. Maurizio Bevilacqua)**



**FAC-SIMILE DI DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO
PROVVISORIO DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA NEL DISTRETTO DI SENIGALLIA -
COMUNE DI SERRA DE' CONTI.**

ASUR AV 2 Sede di Senigallia

Ufficio Protocollo

Via Cellini, 1

60019 – SENIGALLIA

Il sottoscritto Dr.....

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria per il conferimento di n. 1 incarico provvisorio, della durata di mesi sei, eventualmente rinnovabili che terminerà comunque alla copertura della zona carente, per lo svolgimento dell'attività di pediatria di libera scelta presso l'ambito territoriale Distretto di Senigallia– Comune di Serra de' Conti, ed a tal fine, consapevole delle sanzioni penali, previste dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000, anche per i reati di “ falsità in atti” e “uso di atto falso”, dichiara sotto la propria personale responsabilità di appartenere alla categoria di cui al punto:

(barrare con una crocetta la categoria di appartenenza)

- 1) Medici Pediatri iscritti nella graduatoria della Regione Marche (art.15 co.12 A.C.N./2005) - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G.**
- 2) Medici in possesso del Diploma di Specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti (art. 15 co.12 A.C.N./2005) – non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G.**

Dichiara, altresì:

- di essere nato/a a in data
- di risiedere aCAP.....Regione..... Via..... n° ...
- di essere cittadino italiano.....SI.....NO.....
- per chi non è cittadino italiano: Stato di provenienza.....
- permesso di soggiorno rilasciato il.....
- con scadenza il.....
- n° telefono.....n° cellulare.....



- di essersi laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di
in data..... (giorno/mese/anno) con votazione
- di essersi abilitato alla professione in data
- di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi Odontoiatri diil
al n°
- di essere / non essere inserito nella graduatoria definitiva dei Medici Pediatri
(barrare la voce che non interessa)
della Regione, tuttora vigente, con punti
- di essere / non essere in possesso del Diploma di specializzazione in Pediatria o disciplina equipollente
(barrare la voce che non interessa)
conseguito in data(gg/mm/aaaa) con votazionepresso
- di essere / non essere iscritto a corso di formazione specifica di medicina generale
(barrare la voce che non interessa)
di cui al D.Lgs. 256/91 , a corso di specializzazione di cui al D.Lgs. 257/91:
(se sì, indicare tipo di corso e anno di iscriz.)
.....

Per comunicazioni inviare a _____

Comune _____ CAP _____ via _____ n° _____

n° telefono _____ n° cellulare _____

Si allega copia documento d'identità.

Dichiara, inoltre:

- di non trovarsi in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 17 - ACN del 29/07/2009;

Luogo e data _____

in fede _____

(Firma per esteso)



Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al DLgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data_____

In fede_____

(Firma per esteso)