



U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE AV2
Via Turati, 51- FABRIANO

AVVISO PUBBLICO

SI RENDE NOTO

Che questa Area Vasta ha intenzione di predisporre una graduatoria al fine dell'eventuale conferimento di incarichi provvisori e/o di sostituzione per il Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale, per n. 38 ore settimanali, presso le postazioni dislocate nell'AV2.

Le domande, debitamente compilate e sottoscritte, utilizzando l'allegato modello, unitamente a fotocopia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità, dovranno essere indirizzate alla:

Direzione Amministrativa Territoriale dell'Area Vasta n. 2 – Sede Fabriano, dovranno essere inoltrate tramite:

- servizio postale - Via Turati, 51 – 60044 FABRIANO,
- indirizzo P.E.C. areavasta2.asur@emarche.it,
- presentate direttamente all'Ufficio Protocollo dalle ore 10.00 alle ore 13.00 di tutti i giorni feriali.

E' esclusa ogni altra forma di presentazione e trasmissione. Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio; l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

Le domande dovranno pervenire, a pena di esclusione, entro il 15° giorno successivo alla pubblicazione del presente Avviso sull'Albo Pretorio

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.

Sui siti aziendali verrà pubblicata la graduatoria provvisoria di merito, nonché la data ed il modo entro cui inviare eventuali osservazioni circa la propria posizione nella stessa.

Tale forma di pubblicità assolve "in toto" l'onere di comunicazione in capo all'Amministrazione.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi provvisori di Emergenza Sanitaria Territoriale, solo i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso previsto ai sensi dell'art. 96 dell'ACN/MMG.

Criteri per la redazione della graduatoria:

La graduatoria sarà predisposta secondo i criteri previsti dall'art. 16 e dalla norma transitoria n°7 dell'A.C.N./2005, con priorità per i medici residenti nell'Area Vasta n. 2, sarà valida per un anno e comunque fino alla approvazione di una nuova graduatoria.

1	<p>Medici iscritti nella graduatoria Regione Marche (art. 15, c. 12 ACN/2009),</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. 	A) Residenti nell'Area Vasta n. 2	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 29/07/2009)
		B) Residenti nella Regione Marche	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 29/07/2009)
		C) Residenti fuori Regione	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 29/07/2009)
2	<p>Medici in possesso del Diploma di formazione specifica in Medicina Generale (art.15, c.12 - norma trans.4 ACN/2009).</p> <p>Non iscritti a scuole di specializzazione</p>	A) Residenti nell'Area Vasta n. 2	<p>Graduati secondo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		B) Residenti nella Regione Marche	
3	<p>Medici in possesso del titolo di abilitazione alla data del 31/12/1994</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in Medicina Generale 	A) Residenti nell'Area Vasta n.2	<p>Graduati secondo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		B) Residenti nella Regione Marche	
4	<p>Medici in possesso del titolo di abilitazione successivamente alla data del 31/12/1994 (norma fin.5 ACN/2009)</p> <p>Non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in Medicina Generale</p>	A) Residenti nell'Area Vasta n. 2	<p>Graduati secondo i criteri previsti dall'art. 16 dell'ACN per la redazione della graduatoria reg.le degli aspiranti al convenzionamento.</p>
		B) Residenti nella Regione Marche	
5	<p>Medici residenti fuori Regione.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in Medicina Generale 	Graduati secondo l'ordine sopra utilizzato e con i criteri previsti nelle rispettive categorie, con priorità per i residenti nelle Regioni limitrofe	Non saranno graduati i Medici residenti fuori Regione iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in Medicina Generale

N.B.: per tutte le categorie sarà data priorità ai medici che non detengono alcun rapporto di lavoro PUBBLICO o PRIVATO e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione.

Non si prenderanno in considerazione domande non redatte secondo il fac-simile allegato, non firmate o non debitamente compilate, ivi compreso dichiarazioni di servizio redatte in forma illeggibile o generica. Ai sensi dell'art. 17, c.5, l'accertamento di situazioni di incompatibilità, condurrà alla revoca immediata dell'incarico ed alla cancellazione dalla graduatoria di disponibilità.



L'incarico avrà durata da stabilirsi di volta in volta in base alle necessità organizzative del servizio e comunque non potrà superare i 12 mesi (dodici).

Si precisa infine che, essendo il Sistema Regionale di Emergenza Urgenza 118 in fase di riorganizzazione, la presente pubblicazione non rappresenta un impegno al conferimento degli incarichi, da parte della scrivente Area Vasta, che valuterà l'effettivo fabbisogno alla luce del mutato quadro organizzativo.

Ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 e ss.mm.ii. (Legge sulla Privacy) i dati personali indicati sulla domanda di ammissione verranno utilizzati esclusivamente ai fini della procedura disciplinata dal presente avviso.

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

Per ogni eventuale informazione:

Dolores Rossetti ☐ 0731-534613

IL DIRETTORE DI AREA VASTA 2
Ing. Maurizio BEVILACQUA



AREA VASTA N. 2
U.O.C. DAT - MEDICINA CONVENZIONATA
Via Turati, 51 - FABRIANO

Il/la sottoscritto/a Dott. _____

nato a _____ prov. _____ il _____ residente a

prov. _____ indirizzo: _____ n. _____

CAP _____ telefono _____ indirizzo e-mail

CHIEDE

Di essere inserito nella graduatoria dei medici disponibili per incarichi a tempo determinato (provvisori e di sostituzione) di questa Area Vasta 2 per il settore dell'Emergenza Sanitaria Territoriale.

All'uopo, 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 e ss.mm. e ii., dichiara di appartenere alla categoria di cui al punto (barrare la casella che interessa):

- ف 1) Medici iscritti nella graduatoria di Settore Regione Marche (art.15, c. 12 ACN/2005 e s.m.i.), vigente alla data di presentazione della domanda, non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in MG (norma fin. 9 c.2 AIR n.751/2007)
- ف 2) Medici in possesso alla data di presentazione della domanda del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale (art.15, c. 12 norma trans. 4 ACN/2005 e s.m.i.) non iscritti a scuole di specializzazione (norma fin. 9 c.4 AIR n.751/2007)
- ف 3) Medici in possesso del titolo di abilitazione alla data del 31.12.1994 non iscritti alla data di presentazione della domanda a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in MG (norma fin. 9 c.4 AIR n.751/2007)
- ف 4) Medici in possesso del titolo di abilitazione successivamente alla data del 31.12.1994 (norma fin.5 ACN/2005 e s.m.i.) non iscritti alla data di presentazione della domanda a



scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in MG (norma fin. 9 c.4 AIR n.751/2007)

(Per i servizi prestati presso l'AV2 si provvede d'ufficio)

- ث 5) Medici residenti fuori Regione non iscritti alla data di presentazione della domanda a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in MG (norma fin. 9 c.4 AIR n.751/2007)

Dichiara:

- di non trovarsi in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 17, comma 1, lettere a)-b)-c)-d) e) e comma 2, lettere a)-b)-c)-d) f).
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui **all'art.13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30.6.2003** che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

In fede.

Data.....

Firma per esteso

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott. _____
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso
di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445 del 28/12/2000

**dichiara
di essere in possesso di:**

Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data I_I_I_I_I_I_I_I con voto ____/110
Abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso l'Università di _____ in data I_I_I_I_I_I_I_I
Iscrizione all'Ordine dei medici di _____ dal I_I_I_I_I_I_I_I
Specializzazione o libera docenza in medicina generale o discipline equipollenti: a) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data I_I_I_I_I_I_I_I b) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data I_I_I_I_I_I_I_I
Specializzazione o libera docenza nelle discipline affini alla medicina generale: a) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data I_I_I_I_I_I_I_I b) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data I_I_I_I_I_I_I_I



Attestato di formazione in medicina generale (dlgs n. 256/91, 368/99, 277/03)

conseguito il _____ presso: _____,

data inizio corso |_|_|_|_|_| data fine corso |_|_|_|_|_|

Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale previsto dall'art. 96 dell'ACN MG rilasciato da _____

In data _____

Data _____ Firma del dichiarante _____

(non soggetta ad autenticazione)

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITÀ SVOLTA¹

Il sottoscritto Dott. _____
 consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso
 di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445 del 28/12/2000

dichiara

di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:

1) Medico di assistenza primaria convenzionato (compresa attività svolta in qualità di associato) nell'ambito della Regione Marche:	
dal _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
dal _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
dal _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
1.a) Medico di assistenza primaria convenzionato, compresa attività svolta in qualità di associato:	
dal _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
dal _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
1.b) Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi:	
dal _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
dal _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
dal _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
dal _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
dal _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
dal _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
dal _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
dal _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
2. Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg.:	
dal _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _	ASL/medico _____
dal _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _	ASL/medico _____
2.a) Stessa attività di cui al punto precedente effettuata su base oraria:	

¹ Allegato da compilarsi esclusivamente se appartenenti alla categoria 4 o 5.

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| ore _____ ASL _____ medico _____
 dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| ore _____ ASL _____ medico _____

3. Servizio effettivo con incarico 1 a tempo indeterminato, 1 determinato o 1 di sostituzione di continuità assistenziale in forma attiva:

Anno: **Azienda Sanitaria Locale:**

Gennaio	dal _____ al _____	ore _____	Luglio	dal _____ al _____	ore _____
Febbraio	dal _____ al _____	ore _____	Agosto	dal _____ al _____	ore _____
Marzo	dal _____ al _____	ore _____	Settembre	dal _____ al _____	ore _____
Aprile	dal _____ al _____	ore _____	Ottobre	dal _____ al _____	ore _____
Maggio	dal _____ al _____	ore _____	Novembre	dal _____ al _____	ore _____
Giugno	dal _____ al _____	ore _____	Dicembre	dal _____ al _____	ore _____

Anno: **Azienda Sanitaria Locale:**

Gennaio	dal _____ al _____	ore _____	Luglio	dal _____ al _____	ore _____
Febbraio	dal _____ al _____	ore _____	Agosto	dal _____ al _____	ore _____
Marzo	dal _____ al _____	ore _____	Settembre	dal _____ al _____	ore _____
Aprile	dal _____ al _____	ore _____	Ottobre	dal _____ al _____	ore _____
Maggio	dal _____ al _____	ore _____	Novembre	dal _____ al _____	ore _____
Giugno	dal _____ al _____	ore _____	Dicembre	dal _____ al _____	ore _____

Anno: **Azienda Sanitaria Locale:**

Gennaio	dal _____ al _____	ore _____	Luglio	dal _____ al _____	ore _____
Febbraio	dal _____ al _____	ore _____	Agosto	dal _____ al _____	ore _____
Marzo	dal _____ al _____	ore _____	Settembre	dal _____ al _____	ore _____
Aprile	dal _____ al _____	ore _____	Ottobre	dal _____ al _____	ore _____
Maggio	dal _____ al _____	ore _____	Novembre	dal _____ al _____	ore _____
Giugno	dal _____ al _____	ore _____	Dicembre	dal _____ al _____	ore _____

N.B. Occorre indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio.

3.a) Servizio effettivo con incarico 1 a tempo indeterminato, 1 determinato, 1 di sostituzione nella medicina dei servizi:

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| ore |_____| ASL/ZONA _____
 dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| ore |_____| ASL/ZONA _____
 dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| ore |_____| ASL/ZONA _____
 dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| ore |_____| ASL/ZONA _____

3.b) Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate:

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| ore |_|_|_|_|_| | ASL/ZONA _____

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| ore |_|_|_|_|_| | ASL/ZONA _____

3.c) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato determinato o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale:

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| | ASL/ZONA _____ ore |_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| | ASL/ZONA _____ ore |_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| | ASL/ZONA _____ ore |_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| | ASL/ZONA _____ ore |_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| | ASL/ZONA _____ ore |_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| | ASL/ZONA _____ ore |_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| | ASL/ZONA _____ ore |_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| | ASL/ZONA _____ ore |_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| | ASL/ZONA _____ ore |_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| | ASL/ZONA _____ ore |_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| | ASL/ZONA _____ ore |_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| | ASL/ZONA _____ ore |_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| | ASL/ZONA _____ ore |_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| | ASL/ZONA _____ ore |_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| | ASL/ZONA _____ ore |_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| | ASL/ZONA _____ ore |_|_|_|_|_|

4. Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità:

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| ore |_|_|_|_|_| | ASL/ZONA _____

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| ore |_|_|_|_|_| | ASL/ZONA _____

5. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle AUSL:

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| ASL/ZONA _____

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| ASL/ZONA _____

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| ASL/ZONA _____

6. Attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatria di libera scelta, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi:

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| ASL/ZONA _____
 dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| ASL/ZONA _____
 dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| ASL/ZONA _____

7. Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina: (*)

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| presso _____
 dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| presso _____

(*) occorre presentare idonea documentazione

8. Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico di medicina generale: (*)

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| presso _____
 dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| presso _____

(*)occorre presentare idonea documentazione

9. Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento:

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| presso _____

10. Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna, e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza ai naviganti:

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| presso _____
 dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| presso _____

11. Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri sia ¹ a tempo indeterminato che ¹ di sostituzione e di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo: (*)

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| presso _____
 dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| presso _____

(*)occorre presentare idonea documentazione

12. Servizio prestato presso Aziende termali (Legge 24 ottobre 2000 n. 323 art. 8), equiparato all'attività di continuità assistenziale: (*)

dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| presso _____
 dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| presso _____
 dal |_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_| presso _____

(*) servizio prestato c/o aziende termali private accreditate in qualità di dipendente a tempo pieno, con rapporto di lavoro esclusivo e orario non inferiore a 35 ore settimanali

13. Servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale, svolto in Paesi dell'Unione Europea, ai sensi della L. 9/2/79 n. 38, della L. 10/7/60 n. 735 e successive modificazioni ed integrazioni e del D.M. 1/10/88 n. 430:

dal |_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_| presso _____
dal |_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_| presso _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____ Firma del dichiarante (2) _____

- (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 dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.*