

**AVVISO PUBBLICO PER CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO PROVVISORIO DI  
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA NEL DISTRETTO DI JESI –  
COMUNE DI MAIOLATI SPONTINI.**

**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 **Jesi – Comune di Maiolati Spontini**.

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	<b>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.</b>	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	<b>Medici in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti - non iscritti a scuole di specializzazione/ corso di formazione specifica in M.G.</b>	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 **Maiolati Spontini**, 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 **Maiolati Spontini**.

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 Jesi, Ufficio Protocollo, Via dei Colli n. 52 – 60035 Jesi”**, conformemente agli allegati che seguono, dovranno essere inviate entro e non oltre 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 Jesi”** 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 AREA VASTA n. 2 Jesi, in Via dei Colli n. 52 60035 – Jesi;
- 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° 0731/534649

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

**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 JESI -  
COMUNE DI MAIOLATI SPONTINI.**

**ASUR AV2 - Sede di Jesi**

Ufficio Protocollo  
Via dei Colli, 52  
60035 – JESI

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 **Jesi**– Comune di **Maiolati Spontini**, 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./2009) - 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./2009) – non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G.**

**Dichiara, altresì:**

- di essere nato/a a ..... in data .....
- di risiedere a ..... .CAP..... 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 di .....il .....  
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 votazione .....presso .....
- 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 si, 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 e s.m.i. , 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)