
SCADENZA AVVISO 30/03/2020

AVVISO PUBBLICO

PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI NELLE UNITA' SPECIALI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALI PRESSO I DISTRETTI DELL'AREA VASTA 1

SI RENDE NOTO

che, ai fini del potenziamento delle reti assistenziali, per far fronte all'emergenza epidemiologica COVID 19, ai sensi del D.L. n. 14 del 09/03/2020 e della DGRM n. 734 del 16/03/2020, questa Area Vasta n. 1, procederà al conferimento di incarichi provvisori per unità speciali di continuità assistenziali, istituite presso i Distretti di Fano, Pesaro ed Urbino, che avranno durata pari al perdurare del periodo di emergenza.

I medici interessati saranno graduati secondo il seguente ordine:

- 1) medici titolari o supplenti (con incarico provvisorio o di sostituzione) nella Continuità Assistenziale;
- 2) medici iscritti al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale;
- 3) medici laureati in Medicina e Chirurgia, abilitati ed iscritti all'ordine di competenza.

Ogni categoria sarà graduata in base alla minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

In ogni caso, sarà data priorità, per ciascuna categoria, ai medici titolari o comunque ai medici residenti in Area Vasta.

Gli aspiranti dovranno presentare domanda redatta in carta semplice, secondo il modello che si allega al presente avviso, a mezzo pec al seguente indirizzo areavasta1.asur@emarche.it entro il 5° giorno dalla pubblicazione sul sito dell'ASUR Marche – sezione professionisti e imprese, area della medicina convenzionata.

Le domande potranno essere anticipate via e-mail ai seguenti indirizzi di posta elettronica:

maddalena.cecchi@sanita.marche.it

rossella.cavallo@sanita.marche.it



I candidati dovranno inviare, insieme alla domanda redatta utilizzando l'allegato modulo,, anche la fotocopia di un valido documento di riconoscimento ed eventualmente copia del permesso di soggiorno o di qualsiasi altro documento valido dal quale si possa accertare la regolare presenza in Italia del candidato.

I requisiti per l'inclusione nella graduatoria atta al conferimento degli incarichi in oggetto, dovranno essere posseduti alla data di scadenza del presente avviso.

La Area Vasta 1 si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone comunicazione, agli interessati, tramite il sito internet, dell'Asur Marche.

**Il Direttore di Area Vasta
Dr. Romeo Magnoni**

PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI NELLE UNITA' SPECIALI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALI PRESSO I DISTRETTI DELL'AREA VASTA 1

AL DIRIGENTE F.F. U.O.C. GESTIONE AMMINISTRATIVA
PERSONALE CONVENZIONATO AV1
VIA CECCARINI, 38
61032 FANO (PU)

Il/La sottoscritto/a Dott.

chiede di essere inserito nella graduatoria di disponibilità per il conferimento di incarichi provvisori nelle unità speciali di continuità assistenziali (Covid Team), presso i Distretti dell'Area Vasta 1, esprimendo la propria preferenza per il

- DISTRETTO PESARO
- DISTRETTO FANO
- DISTRETTO URBINO

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 (barrare la voce che interessa)

- 1) di essere medico titolare/incaricato di continuità assistenziale;
- 2) di essere iscritto al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale;
- 3) di essere abilitato all'esercizio della professione medica ed essere iscritto all'ordine dei medici di

_____ al n. _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE RESA AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART 46 DPR 445/2000

(da compilare in stampatello e barrando la voce che non interessa):

- 1) di essere nato/a a _____ Prov. _____ il
____/____/____;
- 2) di essere residente a _____ Prov. _____ Cap. _____ in via _____ n.

- 3) di essere contattabile ai seguenti recapiti: cell _____ e-
mail _____
- 4) di avere il seguente CODICE FISCALE _____
- 5) di essere/non essere cittadino italiano
- 6) di essere/non essere cittadino di altro Paese appartenente
all'U.E. _____
- 7) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso
l'Università degli studi di _____ il ____/____/____ con
voto ____/____
- 8) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale il
____/____/____ presso l'Università di _____
- 9) di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi-Odontoiatri di _____ il
____/____/____ al n° _____ codice ENPAM _____
- 10) di essere/non essere iscritto a corso di formazione specifica di medicina generale di cui
al D.Lgs. 256/91 dal ____/____/____ nella Regione _____
- 11) di essere/non essere iscritto a scuola di specializzazione di cui al D.Lgs. 257/91 dal
____/____/____ presso l'Università degli Studi
di _____
- 12) Di avere/non avere in corso un rapporto di lavoro (se sì, indicare quale)

Il/la sottoscritto/a, dichiara, inoltre, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 27/04/2016 n. 2016/679/UE e del Codice della Privacy, D. Lgs. 196/2003 e s.m.i, e che i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa; che i dati personali saranno pubblicati sul sito istituzionale.

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Azienda al trattamento dei propri dati personali e si impegna a comunicare qualsiasi variazione intervenga in merito a quanto sopra dichiarato.

Luogo e data _____

in fede _____

- Si allega copia documento d'identità.
- Si allega (se non cittadino italiano) copia del permesso di soggiorno o di qualsiasi altro documento valido dal quale si possa accertare la regolare presenza in Italia del candidato.