

## AVVISO PUBBLICO

**Scadenza 25/01/2023**

In esecuzione a Determina del Commissario Straordinario n. 9 del 17/01/2023

### **PER LA FORMULAZIONE DI UNA GRADUATORIA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO PROVVISORIO DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA NEL COMUNE DI FANO DEL DISTRETTO DI FANO – AST PESARO-URBINO**

#### **SI RENDE NOTO**

che questa AST di Pesaro e Urbino, procederà alla formulazione di una graduatoria finalizzata al conferimento di un incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta, che si rende necessario assegnare a seguito del verificarsi di una carenza di assistenza pediatrica, nel Distretto di Fano, Comune di Fano, ai sensi degli art. 34 e 35, dell'ACN PLS del 28/04/202.

I medici interessati, individuati nel rispetto della graduatoria regionale, con priorità per quelli residenti nell'ambito territoriale carente (Distretto di Fano), saranno graduati secondo l'ordine della Graduatoria regionale di settore, valevole per l'anno 2023.

I medici in possesso della specializzazione in Pediatria, o discipline equipollenti, conseguita successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale saranno graduati ai sensi dell'art. 19, comma 8, dell'ACN PLS del 28/04/2022.

In subordine, rispetto ai punti precedenti, potranno partecipare all'avviso tutti i medici che abbiano acquisito la specializzazione in Pediatria, o discipline equipollenti, che saranno graduati in base ai criteri previsti dall'art. ai sensi dell'art. 19, comma 8, dell'ACN PLS del 28/04/2022.

Gli aspiranti dovranno presentare domanda redatta in carta semplice, secondo il modello che si allega al presente avviso, a pena di nullità, a mezzo pec, al seguente indirizzo [ast.pesarourbino@emarche.it](mailto:ast.pesarourbino@emarche.it) entro e non oltre l'ottavo giorno successivo alla pubblicazione sull'albo pretorio online aziendale.

Non si prenderanno in considerazione domande non redatte secondo il fac-simile allegato all'avviso, non firmate, non debitamente compilate e/o fatte pervenire a mezzo fax.

I candidati dovranno inviare, insieme alla domanda, 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.

L'AST di Pesaro Urbino si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone comunicazione, agli interessati, tramite il sito online aziendale.

Il Commissario Straordinario AST  
Dr. ssa Maria Capalbo

**DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA FINALIZZATA AL  
CONFERIMENTO DI INCARICO PROVVISORIO DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA  
NEL COMUNE DI FANO DEL DISTRETTO DI FANO – AST PESARO URBINO**

AL COMMISSARIO STRAORDINARIO AST PESARO URBINO  
P.LE CINELLI, 4 – 61121 PESARO

AL DIRIGENTE U.O.C. GESTIONE AMMINISTRATIVA  
PERSONALE CONVENZIONATO E STRUTTURE ACCREDITATE  
VIA CECCARINI, 38  
61032 FANO (PU)

**Il/La sottoscritto/a Dr./ssa** \_\_\_\_\_

chiede di essere inserito nella graduatoria per il conferimento di incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta, nel Comune di Fano del Distretto di Fano, dell'AST Pesaro 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 di (barrare un'opzione):

- a) essere inserito nella graduatoria Regione Marche del settore Pediatria di Libera Scelta (art.19 dell'ACN Pls del 28/04/2022), attualmente vigente (anno 2023), con il punteggio di \_\_\_\_\_;
- b) essere in possesso della specializzazione in Pediatria, o discipline equipollenti, conseguita successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale e precisamente in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- c) di essere in possesso della specializzazione in Pediatria, o discipline equipollenti, conseguita in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

I medici di cui ai punti b) e c), saranno graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età, ai sensi dell'art. 19, comma 8, dell'ACN Pls del 28/04/2022.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE EX ART 46 DPR 445/2000  
(compilare correttamente ogni punto):

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- di risiedere a \_\_\_\_\_ ( )\_Cap . \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- cittadinanza \_\_\_\_\_ (se non italiana) stato di provenienza \_\_\_\_\_ permesso di soggiorno rilasciato il \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_,
- codice fiscale \_\_\_\_\_;
- di essersi laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ (giorno/mese/anno) con votazione \_\_\_\_\_;
- di avere acquisito la specializzazione in Pediatria, o discipline equipollenti 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 avere/non avere tutt'ora in corso, rapporti di lavoro pubblici/privati; se si, indicare il tipo di rapporto \_\_\_\_\_ datore di lavoro \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. ore sett.li \_\_\_\_\_