

Allegato A

AVVISO PUBBLICO

PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO PROVVISORIO DI ASSISTENZA PRIMARIA NEL COMUNE DI FRONTINO DEL DISTRETTO DI URBINO

SI RENDE NOTO

che questa Area Vasta n. 1, procederà al conferimento di un incarico provvisorio di assistenza primaria, nel Comune di FRONTINO- Distretto di Urbino, ai sensi dell'art. 38 dell'ACN mmg del 29/07/2009, per un periodo di mesi 6, eventualmente rinnovabili, a decorrere dal 17/03/2020 nelle more della pubblicazione della zona carente.

I medici interessati, con priorità per quelli residenti nell'ambito stesso (tutti i Comuni del Distretto di Urbino) saranno graduati secondo l'ordine della Graduatoria regionale di settore, valevole per l'anno 2020.

I medici in possesso dell'Attestato del Corso di Formazione in M.G., potranno partecipare al presente avviso e saranno graduati secondo la minore età al momento del conseguimento della laurea.

In subordine, potranno partecipare all'avviso tutti i medici abilitati alla professione medica ed iscritti all'ordine dei medici e saranno graduati in base ai criteri previsti dall'art. 15 ACN 29/07/2009, così come modificato dall'art. 2 dell'ACN 21/06/2018.

Gli aspiranti dovranno presentare domanda redatta in carta semplice, secondo il modello che si allega al presente avviso, a pena di nullità, consegnandola direttamente all'Ufficio protocollo di Via Ceccarini, 38 – FANO PU, o a mezzo pec al seguente indirizzo areavasta1.asur@emarche.it entro e non oltre il 10° giorno successivo alla pubblicazione sull'albo pretorio dell'ASUR Marche.

Non si prenderanno in considerazione domande non redatte secondo il fac-simile allegato, 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.

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**

Allegato B

DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO PROVVISORIO DI ASSISTENZA PRIMARIA NEL COMUNE DI FRONTINO DEL DISTRETTO DI URBINO

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

Il/La sottoscritto/a Dott.

chiede di essere inserito nella graduatoria di disponibilità per il conferimento di un incarico di sostituzione di assistenza primaria nel Comune di frontino – Distretto di Urbino – dell’Area Vasta 1, dal 17/03/2020, 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 inserito nella graduatoria Regione Marche del settore Assistenza Primaria (art.15 c.12 A.C.N./2009) valevole per l’anno 2020 con il punteggio di _____
OPPURE
- 2) di essere in possesso dell’Attestato del Corso di Formazione in M.G., conseguito nell’anno _____ presso _____ ancorchè non inseriti nella Graduatoria Regionale di settore vigente
OPPURE
- 3) di essere abilitato all’esercizio della professione medica ed essere iscritto all’ordine dei medici di _____ al n. _____

**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 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 sì, indicare il tipo di rapporto _____ n. ore sett.li _____
periodo dal _____ al _____ c/o - datore di lavoro _____

Dichiara, inoltre:

- DI NON TROVARSI IN POSIZIONE DI INCOMPATIBILITÀ AI SENSI DELL'ART.17. ACN 29/07/2009
- per comunicazioni inviare a _____ via _____
città _____ prov. _____ CAP _____ cellulare _____
e-mail (obbligatoria) _____;

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.

Luogo e data _____

In fede _____

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 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 _____