

## **AVVISO PUBBLICO**

In esecuzione della Determina del Direttore Generale n. 50 del 17/01/2025

### **PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO A TEMPO DETERMINATO NEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA NEL COMUNE DI MONDAVIO DEL DISTRETTO DI FANO – AST DI PESARO E URBINO**

#### **SI RENDE NOTO**

che questa Azienda Sanitaria di Pesaro e Urbino, procederà al conferimento di un incarico a tempo determinato nel ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, nel Comune di Mondavio - Distretto di Fano, ai sensi dell'art. 37 dell'ACN MMG del 04/04/2024, a decorrere dal 01/03/2025, per un periodo fino ad un anno, nelle more della pubblicazione e relativa assegnazione della zona carente.

I medici interessati, con priorità per quelli residenti nell'ambito stesso (tutti i Comuni del Distretto di Fano) saranno graduati secondo l'ordine della Graduatoria regionale di settore, valevole per l'anno 2025.

I medici in possesso dell'Attestato del Corso di Formazione in M.G. ed i medici abilitati all'esercizio della professione medica ed iscritti all'Ordine dei medici, potranno partecipare al presente avviso e saranno graduati secondo la minore età al momento del conseguimento della laurea.

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

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

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 AST si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone comunicazione agli interessati tramite il proprio sito internet.

**Il Direttore Generale**  
**Dr. Alberto Carelli**

**DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO A TEMPO DETERMINATO NEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA NEL COMUNE DI MONDAVIO DEL DISTRETTO DI FANO – AST DI PESARO E URBINO**

AL DIRETTORE GENERALE AST DI PESARO E URBINO  
P.LE CINELLI, 4 - 61121 PESARO

AL DIRIGENTE U.O.C. GESTIONE AMMINISTRATIVA  
PERSONALE CONVENZIONATO AST DI PESARO E URBINO  
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 a tempo determinato nel ruolo unico di assistenza primaria nel Comune di Mondavio – Distretto di Fano – AST Pesaro e Urbino, a partire dal 01/03/2025, nelle more della pubblicazione e relativa assegnazione della zona carente, 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 2025 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 inserito 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. 21 DELL'ACN MMG DEL 04/04/2024.

per comunicazioni inviare a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

e-mail (obbligatoria) \_\_\_\_\_;

pec (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 \_\_\_\_\_