

AST - Azienda Sanitaria Territoriale - Ancona

Domanda per l'inserimento nella graduatoria della Regione Marche della Medicina Generale anno 2026.

**DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA REGIONALE
DELLA MEDICINA GENERALE ANNO 2026
(art. 19 ACN MMG del 04/04/2024)**

MARCA DA BOLLO € 16,00

Spett.le
Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona
U.O.C. D.A.T. e Medicina Convenzionata
Ufficio Gestione Graduatorie Regionali
PEC: ast.ancona@emarche.it

 PRIMO INSERIMENTO

- in possesso del **titolo equipollente in medicina generale.**
- in possesso dell'**attestato di formazione specifica in medicina generale.**
- in attesa di conseguire l'attestato di formazione specifica in medicina generale** (da acquisire ed autocertificare entro il 15 settembre 2025).

 INTEGRAZIONE TITOLI

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ nato/a a _____
prov. _____ il ____ / ____ / ____ Codice Fiscale: _____
_____ Comune di residenza _____
prov. _____ indirizzo: _____ n. _____ CAP _____
Tel. _____ Cell. _____
e-mail _____ PEC _____

secondo quanto previsto dall'art. 19 dell'ACN MMG del 04/04/2024

CHIEDE

l'inserimento nella graduatoria della medicina generale della Regione Marche, a valere per l'anno 2026.

Allega alla presente domanda:

- Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R. 445/2000) - **Allegato A** (pagg. 2-3);
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 47 D.P.R. 445/2000) - **Allegato B** (pagg. 4-13);
- Dichiarazione assolvimento imposta di bollo - **Allegato C** (pag. 14);
- Copia fronte/retro di documento d'identità in corso di validità.

Prende atto che ogni comunicazione in merito alla presente domanda verrà trasmessa dall'AST di Ancona, U.O.C. D.A.T. e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali - agli indirizzi e-mail o PEC sopra indicati.

Data _____

_____ (firma AUTOGRAFA per esteso o firma DIGITALE certificata)



Allegato A

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
nato/a a _____ il _____

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di altro Stato membro dell'UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti (indicare lo Stato) _____;
- di essere cittadino del seguente Stato _____ ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38, commi 1 e 3 bis, del D.Lgs n. 165/2001 e ss.mm.ii. (*cf. punto 1, lett. a), delle "Avvertenze Generali"*);
- di essere in possesso del diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data ___/___/____ con voto _____/110 oppure _____/100; con lode ;
(*In caso di titolo conseguito all'estero indicare gli estremi del decreto ministeriale di riconoscimento: DM n. _____ del ___/___/_____*)
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data ___/___/____, nella sessione n. _____ dell'anno _____ presso l'Università di _____;
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal ___/___/____, n. iscrizione _____;
- di essere **in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale** (D.Lgs. 368/99 e ss.mm.ii.) conseguito in data ___/___/____ presso la Regione _____, data inizio corso ___/___/____ data fine corso ___/___/____;
(*N.B.: è obbligatorio indicare le date richieste al fine della corretta valutazione delle attività di servizio eventualmente dichiarate*)
- di essere iscritto al corso di **formazione specifica in medicina generale** per il triennio ___/___/____, iniziato in data ___/___/____, presso la Regione _____, con previsione di conseguimento del titolo **entro il 15 settembre 2025**, e si impegna ad autocertificare il possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, ad avvenuta acquisizione, entro tale data al fine di essere incluso nella graduatoria (*cf. punto 1, lett. d), delle "Avvertenze Generali"*);
- di essere in possesso del **Decreto del Ministero della Salute** n. _____ del ___/___/____ di **riconoscimento del titolo di formazione specifica in medicina generale** conseguito all'estero (*indicare lo Stato _____*) **OPPURE** di aver avviato presso il Ministero della Salute la **procedura per il riconoscimento del titolo di formazione specifica in medicina generale** conseguito all'estero (*indicare lo Stato _____*) con istanza presentata in data _____



___/___/___, acquisita dal Ministero in data ___/___/___ prot. n. ___ con previsione dell'acquisizione del D.M. **entro il 15 settembre 2025**, e si impegna ad autocertificarne il possesso, ad avvenuta acquisizione, entro tale data al fine di essere incluso nella graduatoria (*cf. punto 1, lett. e), delle "Avvertenze Generali"*);

di essere in possesso di **specializzazione/i in discipline equipollenti e/o affini a quella in medicina generale (indicare la specializzazione):**

a) specializzazione in _____ conseguita in data ___/___/___ presso l'Università di _____ con frequenza dal ___/___/___ al ___/___/___;

b) specializzazione in _____ conseguita in data ___/___/___ presso l'Università di _____ con frequenza dal ___/___/___ al ___/___/___;

c) specializzazione in _____ conseguita in data ___/___/___ presso l'Università di _____ con frequenza dal ___/___/___ al ___/___/___;

di essere in possesso di certificato di conoscenza della lingua inglese, non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE), conseguito in data ___/___/___ presso _____ (*allegare fotocopia - cfr. punto 5 delle "Avvertenze Generali"*);

di essere in possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC conseguita in data ___/___/___ presso _____ (*allegare fotocopia - cfr. punto 6 delle "Avvertenze Generali"*);

di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale conseguito in data ___/___/___ presso _____;

di non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del Lavoro e della previdenza sociale;

di non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM).

Data _____ (1)
(firma AUTOGRAFA per esteso o firma DIGITALE certificata)

(1) Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.

**Allegato B**

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà
(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
nato/a a _____ il _____

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

il possesso dei seguenti **titoli di servizio**¹:

A) Attività di medico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata “assistenza primaria” fino al 27/04/2022), con incarico (*BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA TIPOLOGIA DI INCARICO EFFETTUATO*):

a tempo indeterminato o **con incarico provvisorio**: (per ciascun mese complessivo: punti 0,20. Il punteggio è elevato a 0,30 per l'attività svolta nell'ambito della Regione Marche)

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ REGIONE _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ REGIONE _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ REGIONE _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ REGIONE _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ REGIONE _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ REGIONE _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ REGIONE _____

B1) Attività di sostituzione del medico del medico incaricato a ciclo di scelta (“assistenza primaria” fino al 27/04/2022), solo se svolta con riferimento a **più di 100 utenti** e per **periodi non inferiori a 5 giorni continuativi**: (per ciascun mese complessivo: punti 0,20)

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ MEDICO _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ MEDICO _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ MEDICO _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ MEDICO _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ MEDICO _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ MEDICO _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ MEDICO _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ MEDICO _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ MEDICO _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ MEDICO _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ MEDICO _____

¹ Per inserire ulteriori periodi di attività, il medico può duplicare la pagina di interesse ed allegarla compilata alla domanda



B2) Attività di sostituzione del medico incaricato a ciclo di scelta (“assistenza primaria” fino al 27/04/2022) dovuta ad **attività sindacale del titolare**, solo se svolta con riferimento a **più di 100 utenti ed anche se di durata inferiore a 5 gg.**: (per ciascun mese complessivo: punti 0,20)

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ MEDICO _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ MEDICO _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ MEDICO _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ MEDICO _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ MEDICO _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ MEDICO _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ MEDICO _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ MEDICO _____

B3) Stessa attività di sostituzione di cui ai precedenti punti B1) e B2), effettuata su base oraria: (punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 96 ore di attività)

dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Azienda _____ MEDICO _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Azienda _____ MEDICO _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Azienda _____ MEDICO _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Azienda _____ MEDICO _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Azienda _____ MEDICO _____

C) Servizio effettivo di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (denominata “**continuità assistenziale**” fino al 27/04/2022) con incarico (BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA TIPOLOGIA DI INCARICO EFFETTUATO): a tempo indeterminato a tempo determinato provvisorio o di sostituzione (punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 96 ore di attività) **N.B.** Occorre indicare mese per mese il periodo ed il totale delle ore effettivamente prestate.

Anno: Azienda :

Gennaio	dal _____ al _____ ore _____	Luglio	dal _____ al _____ ore _____
Febbraio	dal _____ al _____ ore _____	Agosto	dal _____ al _____ ore _____
Marzo	dal _____ al _____ ore _____	Settembre	dal _____ al _____ ore _____
Aprile	dal _____ al _____ ore _____	Ottobre	dal _____ al _____ ore _____
Maggio	dal _____ al _____ ore _____	Novembre	dal _____ al _____ ore _____
Giugno	dal _____ al _____ ore _____	Dicembre	dal _____ al _____ ore _____

Anno: Azienda :

Gennaio	dal _____ al _____ ore _____	Luglio	dal _____ al _____ ore _____
Febbraio	dal _____ al _____ ore _____	Agosto	dal _____ al _____ ore _____
Marzo	dal _____ al _____ ore _____	Settembre	dal _____ al _____ ore _____
Aprile	dal _____ al _____ ore _____	Ottobre	dal _____ al _____ ore _____
Maggio	dal _____ al _____ ore _____	Novembre	dal _____ al _____ ore _____
Giugno	dal _____ al _____ ore _____	Dicembre	dal _____ al _____ ore _____



Anno: **Azienda :**

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settembre	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novembre	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicembre	dal _____	al _____	ore _____

Anno: **Azienda :**

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settembre	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novembre	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicembre	dal _____	al _____	ore _____

Anno: **Azienda :**

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settembre	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novembre	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicembre	dal _____	al _____	ore _____

D) Servizio effettivo nella emergenza sanitaria territoriale, con incarico (BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA TIPOLOGIA DI INCARICO EFFETTUATO): a tempo indeterminato a tempo determinato provvisorio o di sostituzione (punti 0,20 per mese di attività)

dal ___/___/_____	al ___/___/_____	Azienda _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	Azienda _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	Azienda _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	Azienda _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	Azienda _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	Azienda _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	Azienda _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	Azienda _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	Azienda _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	Azienda _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	Azienda _____



E) Servizio effettivo nella medicina dei servizi territoriali, con incarico (BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA TIPOLOGIA DI INCARICO EFFETTUATO): **a tempo indeterminato** **di sostituzione** (punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 96 ore di attività)

dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Azienda _____

F) Servizio effettivo di medico di assistenza penitenziaria/in rapporto di convenzionamento con il SSN, presso gli Istituti Penitenziari: **a tempo indeterminato** **a tempo determinato** o **di sostituzione** (BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA TIPOLOGIA DI INCARICO EFFETTUATO) (punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 96 ore di attività)

dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Istituto Penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Istituto Penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Istituto Penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Istituto Penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Istituto Penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Istituto Penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Istituto Penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Istituto Penitenziario _____

G) Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari, sia a tempo indeterminato che di sostituzione, per conto del Ministero della Giustizia, ai sensi della Legge 9 Ottobre 1970, n. 740: (punti 0,20 per mese di attività)

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto Penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto Penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto Penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto Penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto Penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto Penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto Penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto Penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto Penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto Penitenziario _____



H) Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: (punti 0,10 per mese di attività, ragguagliato a 52 ore di attività)

Anno: **Azienda :**

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settembre	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novembre	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicembre	dal _____	al _____	ore _____

Anno: **Azienda :**

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settembre	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novembre	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicembre	dal _____	al _____	ore _____

Anno: **Azienda :**

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settembre	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novembre	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicembre	dal _____	al _____	ore _____

I) Attività medica di assistenza ai turisti, organizzata dalle Regioni o dalle Aziende (svolta a periodi mensili o ad ore): (punti 0,20 per ciascun mese complessivo, ragguagliato a 96 ore di attività)

dal ___/___/_____	al ___/___/_____	presso Azienda _____	ore _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	presso Azienda _____	ore _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	presso Azienda _____	ore _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	presso Azienda _____	ore _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	presso Azienda _____	ore _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	presso Azienda _____	ore _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	presso Azienda _____	ore _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	presso Azienda _____	ore _____



J) Turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali, di continuità dell'assistenza o di emergenza sanitaria territoriale, ai sensi dell'ACN MMG del 04/04/2024: (punti 0,05 per ogni mese, corrispondente a 96 ore di attività)

Anno: Azienda :

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settembre	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novembre	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicembre	dal _____	al _____	ore _____

Anno: Azienda :

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settembre	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novembre	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicembre	dal _____	al _____	ore _____

Anno: Azienda :

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settembre	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novembre	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicembre	dal _____	al _____	ore _____

K) Attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta, se svolta con riferimento ad almeno 70 (settanta) utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi: (per ciascun mese complessivo: punti 0,10)

dal ___/___/_____	al ___/___/_____	Azienda _____	PEDIATRA _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	Azienda _____	PEDIATRA _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	Azienda _____	PEDIATRA _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	Azienda _____	PEDIATRA _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	Azienda _____	PEDIATRA _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	Azienda _____	PEDIATRA _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	Azienda _____	PEDIATRA _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	Azienda _____	PEDIATRA _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	Azienda _____	PEDIATRA _____
dal ___/___/_____	al ___/___/_____	Azienda _____	PEDIATRA _____



L) Medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna; medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici; medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti: (per ciascun mese: punti 0,05)

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

M1) Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia: (per ciascun mese, fino ad un massimo di 12 mesi: punti 0,10)

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

M2) Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento, svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico: (per ciascun mese, fino ad un massimo di 12 mesi: punti 0,20)

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

N1) Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge n. 64/2001, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia: (per ciascun mese, fino ad un massimo di 12 mesi: punti 0,10)

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

N2) Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge n. 64/2001, svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico: (per ciascun mese, fino ad un massimo di 12 mesi: punti 0,20)

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

O) Attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo, di medico della Polizia di Stato: (per ogni mese di attività: punti 0,20)

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

P) Servizio prestato presso aziende termali (con le modalità di cui all'art. 8 della Legge 24 ottobre 2000, n. 323) equiparato all'attività di continuità assistenziale: (servizio prestato presso Aziende Termali private accreditate in qualità di dipendente a tempo pieno, con rapporto di lavoro esclusivo ed orario non inferiore a n. 35 ore settimanali) (per ciascun mese complessivo: punti 0,20)

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____



Q) Servizio effettivo, svolto in paesi dell'Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di medicina generale di cui all'ACN per la Medicina Generale; servizio prestato ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125 ed assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del Decreto Ministeriale 01 settembre 1988, n. 430: (per ciascun mese complessivo: punti 0,20) **N.B.:** Il servizio deve essere attestato con certificazioni, in originale o copia conforme all'originale, sottoscritte dal legale rappresentante dell'Ente, con allegata la traduzione in lingua italiana certificata, vistati per conferma dalla competente autorità consolare italiana all'estero. Per i servizi sanitari prestati all'estero per i quali è previsto uno specifico provvedimento di riconoscimento (art. 124, comma 2, decreto legislativo 112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento.

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

R) Attività prestata durante il periodo di affiancamento previsto dalla procedura di ricambio generazionale (APP): (per ciascun mese complessivo: p. 0,20; il punteggio è elevato a 0,30 per l'attività svolta nell'ambito della Regione Marche)

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ REGIONE _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ REGIONE _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ REGIONE _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ REGIONE _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ REGIONE _____

S1) Attività svolta con incarico temporaneo di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza primaria" fino al 27/04/2022) durante il periodo di frequenza del corso di formazione specifica in medicina generale (c.d. Decreto "Semplificazione" e c.d. Decreto "Calabria"); (per ciascun mese complessivo: p. 0,10)

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

S2) Attività svolta con incarico temporaneo di assistenza primaria ad attività oraria (denominata "continuità assistenziale" fino al 27/04/2022) durante il periodo di frequenza del corso di formazione specifica in medicina generale (c.d. Decreto "Semplificazione" e c.d. Decreto "Calabria"); (per ciascun mese complessivo, corrispondente a 96 ore di attività: p. 0,10)

Anno: Azienda :

Gennaio dal _____ al _____ ore _____ Luglio dal _____ al _____ ore _____

Febbraio dal _____ al _____ ore _____ Agosto dal _____ al _____ ore _____

Marzo dal _____ al _____ ore _____ Settembre dal _____ al _____ ore _____

Aprile dal _____ al _____ ore _____ Ottobre dal _____ al _____ ore _____

Maggio dal _____ al _____ ore _____ Novembre dal _____ al _____ ore _____

Giugno dal _____ al _____ ore _____ Dicembre dal _____ al _____ ore _____



Anno: Azienda :

Gennaio dal _____ al _____ ore _____ Luglio dal _____ al _____ ore _____
 Febbraio dal _____ al _____ ore _____ Agosto dal _____ al _____ ore _____
 Marzo dal _____ al _____ ore _____ Settembre dal _____ al _____ ore _____
 Aprile dal _____ al _____ ore _____ Ottobre dal _____ al _____ ore _____
 Maggio dal _____ al _____ ore _____ Novembre dal _____ al _____ ore _____
 Giugno dal _____ al _____ ore _____ Dicembre dal _____ al _____ ore _____

S3) Attività svolta con incarico temporaneo di emergenza sanitaria territoriale durante il periodo di frequenza del corso di formazione specifica in medicina generale (c.d. Decreto “Semplificazione” e c.d. Decreto “Calabria”):
(per ciascun mese complessivo: p. 0,10)

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

S4) Attività svolta con incarico temporaneo di assistenza penitenziaria durante il periodo di frequenza del corso di formazione specifica in medicina generale (c.d. Decreto “Semplificazione” e c.d. Decreto “Calabria”): *(per ciascun mese complessivo, corrispondente a 96 ore di attività: p. 0,10)*

dal ___/___/___ al ___/___/___ Ist. Penitenziario _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Ist. Penitenziario _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Ist. Penitenziario _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Ist. Penitenziario _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Ist. Penitenziario _____ ore _____

T) DICHIARAZIONE RELATIVA ALL’ASTENSIONE PER MATERNITA’:

La sottoscritta dichiara di aver usufruito di:

astensione **obbligatoria** per gravidanza e puerperio nei seguenti periodi di attività convenzionale:

dal ___/___/___ al ___/___/___ incarico di _____ presso Azienda _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ incarico di _____ presso Azienda _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ incarico di _____ presso Azienda _____

astensione **anticipata** per gravidanza e puerperio nei seguenti periodi di attività convenzionale:

dal ___/___/___ al ___/___/___ incarico di _____ presso Azienda _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ incarico di _____ presso Azienda _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ incarico di _____ presso Azienda _____

U) DICHIARAZIONE RELATIVA A PERIODI DI SOSPENSIONE DALLE ATTIVITA’ DI MEDICINA GENERALE SUCCESSIVAMENTE AL 4 APRILE 2024 *(per i casi di sospensione si rinvia all’art. 22, commi, 2, 3, 4 e 6 dell’ACN MMG del 04/04/2024):*

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver usufruito di sospensione dalle attività di medicina generale, successivamente al 4



aprile 2024, nei seguenti periodi:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di:

di non avere avere subito provvedimenti di revoca del rapporto convenzionale di medico di medicina generale.
 In caso affermativo, indicare la data di revoca del rapporto convenzionale ___/___/___ e l'Azienda che ha adottato il provvedimento _____ (provvedimento n. _____ del ___/___/___).

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre:

- che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1);
- di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali, inclusa nella presente domanda (pagg. 15 e 16), e di autorizzare l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali.

Data _____

(firma AUTOGRAFA per esteso o firma DIGITALE certificata) (2)

(2) Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 del DPR 445/2000).

(3) Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.

Allegato C

**ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO
DICHIARAZIONE**
Ex Art. 46 e 47 DPR 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
(prov. _____) il _____, Codice Fiscale _____
Residente a _____ (prov. _____)
Via _____ n. _____ Cap _____ Cell. _____
Indirizzo e-mail e PEC _____

relativamente al procedimento telematico allegato alla presente dichiarazione per:

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA DELLA MEDICINA GENERALE DELLA
REGIONE MARCHE VALEVOLE PER L'ANNO 2026**

essendo obbligatorio indicare la modalità di assolvimento dell'imposta di bollo, avvalendosi della facoltà prevista dall'art. 3 del Decreto Interministeriale 10/11/2011, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 e dall'art 483 del CP nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

Dichiara

- Che l'imposta di bollo è stata assolta in modo virtuale tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo da 16,00 € sull'originale cartaceo della domanda e che la marca da bollo ha il seguente n. seriale identificativo:

(riportare l'identificativo presente sulla marca da bollo)

- Che la marca da bollo indicata è destinata **esclusivamente alla presentazione della presente istanza** e non sarà utilizzata per qualsiasi altro adempimento.

- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sugli atti presentati e pertanto si impegna a conservare il presente documento ed a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

La presente dichiarazione deve essere firmata in forma autografa o digitale da chi la rende. Qualora la stessa sia firmata con dichiarazione autografa, la stessa deve essere corredata da copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

Data _____

(firma AUTOGRAFA per esteso o firma DIGITALE certificata)

Ogni eventuale comunicazione deve essere inoltrata a:
Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona
U.O.C. D.A.T. e Medicina Convenzionata
Ufficio Gestione Graduatorie Regionali - Tel. 071/8705076 - 5869 - 5885
PEC: ast.ancona@emarche.it



INFORMATIVA RESA AGLI INTERESSATI PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 “GDPR”)

CHI SIAMO

TITOLARE DEL TRATTAMENTO: Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Ancona
Sede: Viale C. Colombo, 106 - 60127 Ancona AN
PEC: ast.ancona@emarche.it

RESPONSABILE PROTEZIONE DATI: Data Protection Officer - (DPO)
Tel. 071 2911517
e-mail: dpo.ast.an@sanita.marche.it

L’AST di Ancona è il **TITOLARE DEL TRATTAMENTO** dei dati personali che La riguardano e che potranno essere gestiti in modalità cartacea o attraverso i sistemi informatici.

IL RESPONSABILE della PROTEZIONE dei DATI (o Data Protection Officer - DPO) è il Suo punto di contatto per qualsiasi questione o problema legati all’applicazione del Regolamento sulla privacy (GDPR 679/2016).

COSA FACCIAMO CON I VOSTRI DATI (Categorie dati, requisito necessario)

Per la gestione delle istanze trattiamo dati personali “comuni”, come i dati identificativi e anagrafici, e dati personali “particolari” (c.d. “sensibili”), comunque indicati nel modulo per la domanda.

Fornire i Suoi dati personali è necessario per lo svolgimento delle procedure per la formazione della graduatoria regionale della medicina generale valevole per l’anno 2026.

PERCHÉ TRATTIAMO I VOSTRI DATI (Finalità, base giuridica)

Trattiamo i Suoi dati per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell’AST di Ancona e, nello specifico, esclusivamente per l’espletamento delle procedure relative alla formazione della graduatoria regionale di medicina generale valevole per l’anno 2026, oltre che per la gestione amministrativa della procedura. Tale trattamento avviene ai sensi del combinato disposto degli artt. 9, pr. 2, lett. g), GDPR e 2 sexies co. 2, lett. m), Codice Privacy, per motivi di interesse pubblico. Il mancato conferimento dei dati personali comporterà l’impossibilità, per il medico, di essere iscritto nella graduatoria in argomento.

I Suoi dati personali, anche se raccolti da uno specifico ufficio o presidio, potranno essere utilizzati dal Titolare anche per esigenze di altri settori, purché il trattamento sia sempre connesso al perseguimento delle finalità istituzionali.

COME TRATTIAMO I SUOI DATI E CON QUALI MEZZI (Modalità di trattamento)

Nel trattare i Suoi dati, adottiamo tutte le misure tecniche e organizzative utili ad evitare accessi non autorizzati, divulgazione, modifica o distruzione. Soltanto il personale autorizzato dal Titolare può accedere per effettuare le operazioni di trattamento o di manutenzione dei sistemi. Non sono utilizzati sistemi di decisione automatica, compresa la profilazione.

DOVE FINISCONO I SUOI DATI (Comunicazione a terzi e categorie di destinatari)

In alcuni casi è possibile che i Suoi dati personali siano comunicati a soggetti esterni che svolgono attività per nostro conto. Questi, in ogni caso, vengono nominati Responsabili e istruiti a trattare i dati in massima sicurezza. I Suoi dati personali sono altresì comunicati ad altri enti pubblici solo per obblighi previsti da leggi e regolamenti. I Suoi dati non saranno mai diffusi. In caso di trasferimento verso Paesi non appartenenti all’Unione Europea, essi verranno protetti con idonee misure di sicurezza avendo cura di verificare il rispetto delle condizioni ex artt. 44 e ss. GDPR.

QUANTO TEMPO CONSERVIAMO I SUOI DATI (Periodo di conservazione)

I Suoi dati personali sono conservati solo per il tempo necessario al perseguimento delle finalità sopra riportate, a meno che la Legge non preveda un periodo di conservazione più lungo.



DA CHI RICEVIAMO I SUOI DATI (Fonte dei dati)

Quando possibile, raccogliamo i dati personali direttamente dall'interessato, ma laddove ciò non sia possibile anche in relazione alla tipologia di servizio, ci rivolgiamo a:

- chi esercita legalmente la rappresentanza;
- un prossimo congiunto, familiare, convivente o unito civilmente o, infine, ad un fiduciario.

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

Può richiedere direttamente al Titolare del trattamento di vedere, correggere, cancellare o limitare i dati che trattiamo e che La riguardano. In alcuni casi, può anche opporsi o revocare il Suo consenso al trattamento, laddove previsto; ha anche il diritto alla portabilità dei dati e quindi in qualsiasi momento può richiedere una copia digitale degli stessi o il trasferimento automatico tra enti pubblici.

Può anche richiedere l'applicazione del diritto all'Oblio, laddove ne ricorrano i presupposti, fermo restando i limiti previsti dagli artt. 23 GDPR e 2-undecies e 2-duodecies Codice Privacy.

COME PUÒ ESERCITARE I SUOI DIRITTI

A volte l'evoluzione tecnologica non ci facilita il compito di proteggere i Suoi dati.

Se ha dei dubbi che stiamo conservando Suoi dati errati, incompleti o se pensa che Li abbiamo gestiti male, La preghiamo di contattare il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO) oppure inviare una richiesta utilizzando il modulo di Richiesta di Accesso ai dati, scaricabile dal sito dell'AST Ancona (sito ex ASUR Marche), Sezione Privacy. Il nostro Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO) esaminerà la Sua richiesta e La contatterà per risolvere al più presto il problema. Altrimenti ha il diritto di proporre un reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali.



AVVERTENZE GENERALI

1. Ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 04/04/2024 (cfr. artt. 19 e 20), i medici che aspirano all'iscrizione nella graduatoria regionale **devono presentare OGNI ANNO la propria domanda in bollo**, barrando la casella **“PRIMO INSERIMENTO”** (nel caso in cui il medico si iscriva per la prima volta nella graduatoria della Regione Marche) oppure la casella **“INTEGRAZIONE TITOLI”** (nel caso in cui il medico si sia già iscritto alle graduatorie della Regione Marche relative ad anni precedenti).

I medici che aspirano all'iscrizione nella graduatoria **non devono trovarsi nella condizione** di cui all'**art. 21, comma 1, lettere f) - fruire di trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale) - e j) - fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle “quote A e B” del fondo di previdenza generale dell'ENPAM) - dell'ACN MMG del 04/04/2024** e devono **possedere, alla scadenza del termine per la presentazione della domanda, i seguenti requisiti:**

- a) Cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE. Possono chiedere l'iscrizione i familiari di cittadini europei non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, i cittadini di Paese terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria;
 - b) Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia;
 - c) Iscrizione all'Albo professionale;
 - d) **Titolo di formazione specifica in medicina generale o titolo equipollente** di cui al D.Lgs. 368/1999 e ss.mm.ii. (abilitazione all'esercizio professionale conseguita entro il 31 dicembre 1994). **Possono altresì presentare domanda di inserimento in graduatoria i medici che nell'anno acquisiranno il titolo di formazione, che dovrà essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre 2025 ai fini dell'inserimento nella graduatoria provvisoria.** Il medico dovrà pertanto trasmettere all'U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali - dell'AST di Ancona, entro la predetta data, l'autocertificazione del possesso del titolo all'indirizzo PEC ast.ancona@emarche.it
 - e) possono inoltre presentare domanda i medici in possesso del **Decreto del Ministero della Salute di riconoscimento del titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito all'estero**, ovvero i **medici che, alla data di presentazione della domanda, abbiano avviato la procedura**, presso il Ministero della Salute, per il **riconoscimento del titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito all'estero con previsione dell'acquisizione del D.M. di riconoscimento entro il 15 settembre 2025** e con l'impegno di autocertificarne il possesso, ad avvenuta acquisizione, entro tale data, al fine di essere incluso nella graduatoria stessa. In quest'ultimo caso, il medico dovrà pertanto trasmettere all'U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali - dell'AST di Ancona, entro la predetta data, l'autocertificazione del riconoscimento del titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito all'estero all'indirizzo PEC ast.ancona@emarche.it
2. Le domande, in bollo, devono essere spedite, a pena di esclusione, **esclusivamente tramite PEC** all'indirizzo **ast.ancona@emarche.it DALLE ORE 00.00 DEL 1° GENNAIO 2025 ED ENTRO E NON OLTRE LE ORE 23.59 DEL GIORNO 31 GENNAIO 2025.**
La validità della trasmissione e ricezione del messaggio di Posta Elettronica Certificata è attestata dalla ricevuta di avvenuta consegna che rilascia il sistema (non è sufficiente la ricevuta di accettazione ma occorre la ricevuta dell'avvenuta consegna).



Nell'oggetto della PEC deve essere riportato il nome ed il cognome del medico e la dicitura "Domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale della medicina generale anno 2026".

Il medico deve essere titolare della casella di Posta Elettronica Certificata utilizzata per l'invio della domanda, a pena di esclusione.

La domanda deve essere sottoscritta con **firma autografa** del candidato oppure sottoscritta con **firma digitale** del candidato con certificato rilasciato dal certificatore accreditato; successivamente, la domanda stessa, debitamente compilata e firmata e munita degli allegati richiesti, andrà acquisita in formato PDF o JPEG ed allegata alla PEC per l'invio.

L'AST di Ancona declina fin d'ora ogni responsabilità in caso d'impossibilità di apertura di file di formato diverso da quello indicato poiché non leggibili dal Sistema PALEO di Protocollo Informatico, oppure rilevati come difettosi dal Sistema predetto.

Le domande inviate da una casella di Posta Elettronica non certificata (e-mail ordinaria) o che non soddisfano i requisiti di formato sopra indicati saranno considerate irricevibili, con conseguente esclusione dalla graduatoria.

L'invio tramite PEC della domanda sostituisce a tutti gli effetti l'invio cartaceo tradizionale. L'invio della PEC inibisce quindi la possibilità di presentare la domanda in forma cartacea tramite Raccomandata A/R o consegna a mano all'Ufficio Protocollo dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona, a pena di esclusione.

È esclusa ogni altra forma di presentazione delle domande diversa dall'invio a mezzo PEC.

Le domande si considereranno prodotte in tempo utile solo se spedite entro il termine sopra indicato. I giorni festivi si computano nel termine. Se il giorno di scadenza è festivo, la scadenza per la presentazione delle domande è prorogata di diritto al primo giorno seguente non festivo.

Non verranno prese in considerazione e saranno quindi escluse le domande spedite oltre il termine di scadenza sopra indicato, qualunque ne sia la causa. Scaduto il termine per la presentazione delle domande non è ammessa ulteriore produzione di documenti.

Nella domanda, da presentare utilizzando esclusivamente lo schema di domanda sopra riportato, **il medico deve dichiarare, sotto la sua personale responsabilità ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, il possesso dei requisiti prescritti ai fini dell'inclusione in graduatoria. I requisiti per l'inclusione nella graduatoria regionale dovranno essere obbligatoriamente posseduti alla data della scadenza della domanda, pena l'esclusione dalla procedura.**

La domanda deve essere **inviata in marca da bollo da € 16,00 (l'originale della marca va apposto nell'apposito riquadro in alto a sinistra presente nel modello di domanda; la marca stessa va poi annullata)**; inoltre, alla domanda i medici devono allegare le **dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio concernenti i titoli valutabili ai fini della graduatoria, oltre a copia fronte/retro di documento di identità in corso di validità.** Possono presentare annualmente allegati integrativi dei titoli aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati.

Infine, i medici devono **obbligatoriamente** allegare la modulistica denominata "assolvimento dell'imposta di bollo - dichiarazione ex art. 46 e 47 DPR 445/2000" (debitamente compilata e firmata).

3. **Costituiscono MOTIVI DI ESCLUSIONE dalla graduatoria:**

- mancata sottoscrizione della domanda;
- domanda priva della modulistica denominata "assolvimento dell'imposta di bollo - dichiarazione";
- domanda priva delle autocertificazioni richieste e/o non completa;
- domanda priva di copia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- utilizzo di modulistica non conforme rispetto a quella pubblicata;
- domanda spedita oltre il termine di scadenza sopra indicato;
- domanda spedita in forma cartacea tramite Raccomandata A/R o consegnata a mano all'Ufficio Protocollo dell'AST di Ancona;
- domanda spedita da una casella di Posta Elettronica Certificata non intestata al medico;
- domanda spedita da una casella di Posta Elettronica non certificata (e-mail ordinaria);
- domanda che non soddisfa i requisiti di formato richiesti.



Nel caso in cui le domande presentino omissioni o irregolarità sanabili sarà richiesta la regolarizzazione delle stesse con assegnazione di un apposito termine, decorrente dal ricevimento della richiesta di integrazione; l'inadempimento di tale richiesta comporterà l'esclusione dalla graduatoria, senza ulteriore comunicazione formale da parte dell'AST di Ancona.

4. Il possesso dei titoli per l'inclusione in graduatoria deve essere attestato:
- con **dichiarazione sostitutiva di certificazione** (art. 46 DPR 445/2000 - **Allegato A** della domanda), per i titoli accademici e di studio;
 - con **dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà** (art. 47 DPR 445/2000 - **Allegato B** della domanda), per i titoli di servizio prestato presso una Amministrazione Pubblica o un gestore di Pubblico Servizio **fino al 31 dicembre 2024**;
 - i titoli conseguiti presso soggetti privati o esteri devono essere allegati alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge.

A far data dal 1° gennaio 2012, ai sensi dell'art. 15 della L. 12/11/2011, n. 183, recante modifiche al D.P.R. 445/2000 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), le certificazioni rilasciate dalle P.A. in ordine a stati, qualità personali e fatti, sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati: nei rapporti con gli organi della P.A. e i gestori di pubblici servizi, i certificati sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione o dall'atto di notorietà. Conseguentemente le P.A. e i gestori di servizi non possono più accettarli né richiederli. Le amministrazioni pubbliche sono tenute ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti.

La domanda e le dichiarazioni sostitutive devono essere compilate in modo completo e leggibile. L'omissione dei dati comporterà la mancata attribuzione dei relativi punteggi. Non saranno valutati i titoli accademici e di studio ed i titoli di servizio non menzionati dall'art. 20 dell'ACN MMG del 04/04/2024, né quelli dichiarati in maniera incompleta/illeggibile/incomprensibile.

Le dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà dovranno, pertanto, indicare esattamente quanto richiesto (il numero di ore di attività svolte, il periodo di svolgimento, l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività, ecc.).

Tutti i dati riportati dovranno consentire all'Amministrazione di effettuare gli accertamenti ed i controlli d'ufficio di cui agli artt. 43 e 71 del D.P.R. 445/2000.

L'U.O.C. DAT e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali dell'AST di Ancona si riserva la facoltà di controllare la veridicità delle dichiarazioni sostitutive presentate e, qualora ne accerti la non veridicità, provvederà a disporre l'immediata adozione del relativo provvedimento di esclusione dalla graduatoria, oppure di decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, che tuttavia non esimerà il medico candidato dalle eventuali azioni di responsabilità previste nei suoi confronti dalla vigente normativa, con specifico riferimento al D.P.R. n. 445/2000.

- La conoscenza della lingua inglese (**Allegato A**, pag. 3) deve essere documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE), che deve essere obbligatoriamente allegato in fotocopia.
- La conoscenza dei principali programmi informatici (**Allegato A**, pag. 3) deve essere documentata dal possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC, che deve essere obbligatoriamente allegato in fotocopia.
- L'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale (**Allegato A**, pag. 3) deve essere conseguito ai sensi dell'art. 66 dell'ACN MMG del 04/04/2024.
- Ai fini dell'inclusione in graduatoria i medici devono possedere, al 31 gennaio 2025, i requisiti previsti dall'art. 19, comma 2, lett. a), b) e c) dell'ACN 04/04/2024. Inoltre, sono valutabili solo i titoli di servizio **posseduti al 31 dicembre dell'anno 2024**, nonché il diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito ed autocertificato entro il 15 settembre dell'anno 2025.



9. Il medico è tenuto a dichiarare di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali inclusa nella domanda e ad autorizzare l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali (*cfr. pag. 13*).
10. È compito del medico iscritto alla graduatoria regionale informare tempestivamente l'U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona e le altre Aziende di interesse circa l'eventuale variazione dei dati anagrafici durante il periodo di vigenza della stessa.
11. **SI RACCOMANDA, ALTRESÌ, AL MEDICO DI CONSERVARE L'ORIGINALE DELLA DOMANDA ED I RELATIVI ALLEGATI**, a titolo di promemoria di quanto dichiarato, al fine sia di verificare il punteggio attribuito dall'U.O.C. D.A.T. e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali dell'AST di Ancona, sia per evitare di ripetere, nelle successive domande di integrazione, dichiarazioni di titoli accademici e di servizio già rese. L'originale della domanda inviata via PEC deve essere conservato con la marca da bollo debitamente incollata ed annullata nell'apposito spazio a pag. 1 in alto a sinistra, per essere esibita in caso di controlli sull'assolvimento dell'imposta di bollo da parte dell'autorità competente (*vedi Allegato C*).
12. Per eventuali informazioni e chiarimenti, gli interessati potranno rivolgersi all'U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona agli indirizzi e-mail barbara.lucarelli@sanita.marche.it - lucia.palmieri@sanita.marche.it o ai numeri di telefono 071/8705076 - 071/8705869 - 071/8705885.