

## AVVISO PUBBLICO

### PER IL CONFERIMENTO N. 1 INCARICO PROVVISORIO DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA NEL DISTRETTO DI ANCONA, COMUNE DI ANCONA.

#### SI RENDE NOTO

che l'AST di Ancona procederà al conferimento dell'incarico in oggetto che decorrerà dal 01/02/2025.

Gli interessati, **ai sensi degli artt. 32 e 35 dell'ACN PLS del 04/04/2024**, verranno graduati con i criteri di seguito precisati:

<b>Art. 32 c. 5 ACN PLS del 04/4/2024 lett. d)</b>	<b>Medici che hanno acquisito la specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti ai sensi della Tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nelle graduatoria regionale valida per l'anno 2025</b>	<b>Graduati nell'ordine dell'anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età</b>	<b>Priorità per i residenti:</b>  1) nello stesso ambito/distretto carente 2) nell'Azienda (AST di Ancona) 3) nella Regione Marche 4) fuori Regione
<b>Art. 32 c. 5 ACN PLS del 04/4/2024 lett. e)</b>	<b>Medici in possesso della specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti ai sensi della Tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. non compresi nella lettera d).</b>	<b>Graduati nell'ordine dell'anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età</b>	<b>Priorità per i residenti:</b>  1) nello stesso ambito/distretto carente 2) nell'Azienda (AST di Ancona) 3) nella Regione Marche 4) fuori Regione

In subordine ai Pediatri di cui sopra, possono partecipare al presente avviso i medici iscritti al Corso di Specializzazione in Pediatria, ai sensi dell'art. 4 c.10 D.L. 27 dicembre 2024, n. 202 (decreto milleproroghe).

Tali medici saranno graduati, nel rispetto dell'annualità di frequenza del Corso a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso.

In caso di pari anzianità saranno graduati secondo la minore età al conseguimento del Diploma di Laurea, del voto di Laurea e dell'anzianità di Laurea, con priorità di interpello ai medici pediatri residenti nell'ambito territoriale carente, nell'Azienda (AST di Ancona), successivamente nella Regione ed infine fuori Regione.

### **AVVERTENZE GENERALI**

Le domande per il conferimento degli incarichi di cui al presente avviso, conformemente agli allegati che seguono, dovranno essere spedite **a mezzo PEC al seguente indirizzo ast.ancona@emarche.it non oltre le ore 9,00 di giovedì 30 gennaio 2025.**

E' fatto d'obbligo utilizzare l'allegato modulo di domanda corredato dalla fotocopia fronte retro della carta di identità in corso di validità.

La graduatoria derivante dal presente avviso verrà pubblicata sul sito dell'AST di Ancona (Area Professionisti e Imprese – “Area Medicina Convenzionata” – “AST di Ancona” - voce “GRADUATORIE”).

**LA CONSULTAZIONE DEL SITO COSTITUISCE ONERE ESPRESSO A CARICO DEI CANDIDATI.**

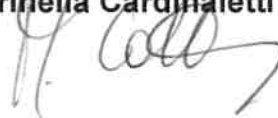
**I requisiti per l'inclusione nella graduatoria dovranno essere obbligatoriamente posseduti alla data della scadenza del presente avviso.**

1. L'incarico provvisorio è conferito con durata non superiore a n. 12 (dodici) mesi e cessa:
  - a) al raggiungimento del periodo massimo di dodici mesi
  - b) al momento dell'inserimento del pediatra titolare, con comunicazione dell'Azienda da effettuarsi almeno un mese prima
  - c) per recesso del pediatra incaricato, da comunicare secondo quanto previsto all'articolo 23, comma 1, lettera a).

**Per informazioni è possibile contattare i seguenti numeri: 0718705869 - 0718705076.**

**Si fa riserva della facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone comunicazione agli interessati tramite il sito aziendale.**

**Il Dirigente Responsabile  
Dott.ssa Marinella Cardinaletti**



**DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO PROVVISORIO PRESSO IL DISTRETTO DI ANCONA – AST di ANCONA (Comune di Ancona)**

**All'AST di Ancona  
U.O.C. D.A.T. MEDICINA CONVENZIONATA  
PEC: ast.ancona@emarche.it**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare all'assegnazione dell'incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta presso il Comune di Ancona con decorrenza dal 01 Febbraio 2025.

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 appartenere alla categoria di cui al punto:

- Medici che abbiano acquisito la specializzazione in Pediatria o in discipline equipollenti ai sensi della Tabella B del DM 30/01/1998 e s.m.i. successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2025.
- Medici in possesso della Specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti ai sensi della Tabella B del D.M. 30/01/1998 e s.m.i. non ricompresi nel punto precedente.
- Medici iscritti al Corso di Specializzazione in Pediatria, ai sensi dell'art. 4 c.10 D.L. 27 dicembre 2024, n. 202 (decreto milleproroghe).

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE EX ART. 46 DPR 445/2000**

di essere nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

di essere residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

di avere  di non avere  cittadinanza italiana

di essere cittadino di altro Paese U.E., incluse le equiparazioni di legge

Dichiara:

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui **all'art.13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30.6.2003** e ss.mm.ii. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data.....

Firma per esteso .....

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione**  
(art. 46 DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,  
richiamate dall'art.76 del DPR 445 del 28/12/2000

**dichiara**  
**di essere in possesso di:**

Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data ____/____/____ con voto ____/110
Abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso l'Università di _____ in data ____/____/____
Iscrizione all'Ordine dei medici di _____ dal ____/____/____
Specializzazione in Pediatria o in discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. conseguita il _____, con voto _____, presso: _____.
Essere iscritto al Corso di Specializzazione in Pediatria presso: _____
Annualità di frequenza _____
Data di effettivo inizio _____

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_