

Determina n. 129/AST di Fermo del 16/04/2025

AVVISO PUBBLICO

UNICO VALIDO PER L'AST DI FERMO PER LA REDAZIONE DI UNA GRADUATORIA UTILE AL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI, A TEMPO DETERMINATO E DI SOSTITUZIONE NEI SETTORI DELLA MEDICINA GENERALE - ANNO 2025

SI RENDE NOTO

che, nelle more della copertura degli incarichi a tempo indeterminato, la scrivente AST procederà al conferimento degli incarichi in oggetto.

Gli interessati, ai sensi dell'art. 19, commi 6 e 7, dell'ACN MMG del 04/04/2024, verranno graduati con i criteri di seguito precisati:

Art. 19, comma 6, lett. a), ACN MMG del 04/04/2024	Medici iscritti nella graduatoria Regione Marche della MMG valida per l'anno 2025	Graduati secondo l'ordine di punteggio della graduatoria regionale - art. 19, comma 6, lett. a)
Art. 19, comma 6, lett. b), ACN MMG del 04/04/2024	Medici che hanno acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nelle graduatoria regionale valida per l'anno 2025	Graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea
Art. 19, comma 6, lett. c), ACN MMG del 04/04/2024	Medici che, alla scadenza del termine per la presentazione delle domande per il presente Avviso, sono iscritti al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale nella Regione Marche, fatta eccezione per le sostituzioni per le quali possono concorrere anche gli iscritti a tale Corso in altre Regioni	Graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea

Ai sensi dell'art. 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001, n. 448:

Art. 19, comma 6, lett. d), ACN MMG del 04/04/2024	Medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994	Graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea
Art. 19, comma 6, lett. e), ACN MMG del 04/04/2024	Medici che, alla scadenza del termine per la presentazione delle domande per il presente Avviso, sono iscritti ai Corsi di Specializzazione	Graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea

Inoltre, si precisa che:

- per il conferimento di incarichi a tempo determinato del ruolo unico di Assistenza Primaria saranno interpellati prioritariamente i medici residenti nell'AST di Fermo, in Regione ed infine fuori Regione;
- per il conferimento di incarichi di sostituzione del ruolo unico di Assistenza Primaria, ai sensi dell'art. 36, comma 3, ACN MMG 04/04/2024, saranno interpellati prioritariamente i medici residenti nell'ambito di iscrizione/attività del medico sostituito;
- per il conferimento di incarichi a tempo determinato e provvisori di Emergenza Sanitaria Territoriale, verranno interpellati prioritariamente i medici residenti nel territorio dell'AST di Fermo, successivamente in Regione ed infine fuori Regione. Per tale settore, costituisce requisito indispensabile il possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale previsto dall'art. 66 dell'ACN MMG del 04/04/2024, da autocertificare all'atto della presentazione della domanda.

Per il ruolo unico di Assistenza Primaria, ai sensi della norma transitoria n. 9 dell'ACN MMG del 04/04/2024, dal 1° gennaio 2025 sono conferiti solo gli incarichi a tempo determinato di cui all'art. 37 dell'ACN MMG vigente.

La graduatoria scaturente dal presente Avviso, per il ruolo unico di Assistenza Primaria ad attività oraria, potrà essere utilizzata anche per la copertura di eventuali turni di pronta disponibilità o incarichi di reperibilità.

AVVERTENZE GENERALI

Le domande per il conferimento degli incarichi di cui al presente Avviso, conformemente agli allegati che seguono, dovranno essere spedite unicamente a mezzo PEC all'indirizzo ast.fermo@emarche.it entro e non oltre il 15° (quindicesimo) giorno successivo alla pubblicazione della determina di approvazione del presente Avviso sull'Albo Pretorio AST di Fermo, pena l'esclusione.

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 dovrà essere riportato il nome ed il cognome del medico candidato e la dicitura "Domanda per assegnazione incarichi provvisori, a tempo determinato e di sostituzione nei settori della Medicina Generale - anno 2025".

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

La domanda dovrà 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, andrà acquisita in formato PDF o JPEG ed allegata alla PEC per l'invio.

L'AST di Fermo 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 procedura. 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 Fermo, 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 di partecipazione, da presentare utilizzando esclusivamente lo schema di domanda allegato, il medico candidato 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 scaturente dal presente Avviso dovranno essere obbligatoriamente posseduti alla data della scadenza della domanda.

La domanda dovrà essere inviata in marca da bollo da € 16,00 (l'originale della marca andrà apposto nell'apposito riquadro presente nel modello di domanda); inoltre, alla domanda dovranno essere obbligatoriamente allegati la

modulistica denominata “assolvimento dell’imposta di bollo - dichiarazione ex art. 46 e 47 DPR 445/2000” (debitamente compilata e firmata) e copia fronte/retro di un documento d’identità in corso di validità.

L’AST di Fermo si riserva la facoltà di controllare la veridicità delle dichiarazioni sostitutive presentate dai medici candidati e, qualora ne accerti la non veridicità, provvederà a disporre l’immediata adozione del relativo provvedimento di esclusione dalla selezione, oppure di decadenza dall’incarico assegnato, 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.

Costituiscono motivi di esclusione dalla presente procedura:

- Domanda priva delle dovute sottoscrizioni;
- Domanda priva della modulistica denominata “assolvimento dell’imposta di bollo - dichiarazione ex art. 46 e 47 DPR 445/2000”;
- 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 Fermo;
- Domanda spedita da una casella di Posta Elettronica Certificata non intestata al candidato;
- Domanda spedita da una casella di Posta Elettronica non Certificata (e-mail ordinaria);
- Domanda che non soddisfa i requisiti di formato richiesti;
- Domanda spedita da un medico non in possesso dei requisiti richiesti dal bando.

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 procedura, senza ulteriore comunicazione formale da parte dell’AST di Fermo.

La sede e/o la postazione sarà assegnata direttamente in base alla scelta che verrà espressa dai candidati al momento della proposta di incarico.

La graduatoria scaturente dalla presente procedura verrà pubblicata nella sezione della Medicina Convenzionata del sito Internet dell’AST di Fermo (sito ex ASUR Marche: <https://www.asur.marche.it> - Home - voce “Professionisti e Imprese” - Area Medicina Convenzionata - AST Fermo).

La graduatoria suddetta avrà validità annuale e, comunque, fino all’approvazione di quella successiva.

Con la presentazione della domanda di partecipazione è implicita, da parte dei medici candidati, l'accettazione senza riserve di tutte le disposizioni del presente Avviso Pubblico.

Per quanto non espressamente previsto nel presente Avviso, valgono le regole di cui alle vigenti normative nazionali, regionali ed aziendali, per quanto compatibili.

Per eventuali informazioni e chiarimenti, gli interessati potranno rivolgersi all’U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale dell’Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo agli indirizzi e-mail matteo.paniccia@sanita.marche.it - gioia.brasili@sanita.marche.it o ai numeri di telefono 0734/6252018 - 0734/6252008.



TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo [PrivacyAST4 - portal](#)

I dati da lei forniti saranno utilizzati, nel rispetto della normativa privacy, esclusivamente per l'istruttoria della sua richiesta/pratica e solo dagli operatori degli uffici competenti a ciò autorizzati.

I dati saranno trattati in forma cartacea e/o informatizzata e conservati, per il tempo necessario, con adeguate misure di sicurezza; non saranno comunicati a terzi tranne quando previsto da norme di legge o di regolamento.

In qualunque momento, inviando una richiesta al Responsabile Protezione Dati dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo all'indirizzo dpo.rpd.ast.fm@sanita.marche.it, lei potrà far valere i diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del GDPR.

Ricorrendone i presupposti, lei ha altresì il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, secondo le procedure previste.

Il Titolare del trattamento dei dati è l'A.S.T. di Fermo, con sede legale in Fermo, Via Zeppilli n. 18 - 63900.

DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA AZIENDALE ANNO 2025 PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI, A TEMPO DETERMINATO E DI SOSTITUZIONE NEI SETTORI DELLA MEDICINA GENERALE PRESSO L'AST DI FERMO.

Marca da
bollo
€ 16,00

All'AST di Fermo
U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale
PEC: ast.fermo@emarche.it

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

CHIEDE

di essere inserito nella/e graduatoria/e per il conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato e di sostituzione nei settori della Medicina Generale presso l'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo (**barrare una o più caselle di interesse**):

- RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA (CICLO DI SCELTA E/O ATTIVITA' ORARIA)**
- EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**
- ASSISTENZA AI TURISTI**
- PUNTI DI ASSISTENZA TERRITORIALE**

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, **dichiara** sotto la propria personale responsabilità di appartenere alla categoria di cui al punto (**barrare l'opzione di interesse**):

- A) Medici iscritti nella graduatoria regionale (Regione Marche) anno 2025 con il punteggio di**
- B) Medici che hanno acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale anno 2025;**
- C) Medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Marche;**
- C bis) Medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale in altra Regione;**
- D) Medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;**
- E) Medici iscritti ai corsi di specializzazione.**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE RESA AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 46 DPR 445/2000 (da compilare in stampatello e barrando la voce che non interessa):

- 1) di essere nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____
C.F.: _____;
- 2) di essere residente a _____ Prov. _____ CAP _____ in
Via _____ n. _____;
- 3) di essere contattabile ai seguenti recapiti: cell. _____ e-mail _____
PEC _____;
- 4) di essere/non essere cittadino italiano;
- 5) di essere/non essere cittadino di altro Paese appartenente all'U.E., incluse le equiparazioni di legge
_____;
- 6) di godere/non godere dei diritti civili e politici;
- 7) di avere/non avere riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano
l'applicazione di misure di prevenzione, di giudizi civili e/o amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- 8) di essere/non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- 9) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi
di _____ il ____/____/____ con voto ____/____;
- 10) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale il ____/____/____ presso
l'Università degli studi di _____;
- 11) di essere iscritto all'Albo dei Medici di _____ dal
____/____/____ al n. _____;
- 12) di essere/non essere inserito nella graduatoria definitiva della medicina generale della Regione Marche, anno
2025 (BUR Marche n. 112 del 28/11/2024), con il punteggio di _____;
- 13) di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica di medicina generale di cui al D.Lgs.
368/99 e ss.mm.ii. conseguito in data ____/____/____ presso la Regione
_____;
- 14) di essere/non essere iscritto al corso di formazione specifica di medicina generale di cui al 368/99 e ss.mm.ii.
dal ____/____/____ nella Regione _____;
- 15) di essere/non essere iscritto a scuola di specializzazione in _____ di cui al
D.Lgs. 368/99 e ss.mm.ii. dal ____/____/____ presso l'Università degli Studi
di _____;
- 16) di essere/non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria
territoriale conseguito presso _____ il ____/____/____;

17) di trovarsi/non trovarsi in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 21 dell'ACN MMG 04/04/2024 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Il/La sottoscritto/a **prende atto** che ogni comunicazione in merito alla presente domanda verrà trasmessa agli indirizzi e-mail o PEC sopra indicati.

Dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali, inclusa nella presente domanda, e di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 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.

Il/La sottoscritto/a **autorizza** l'AST di Fermo al trattamento dei propri dati personali e si impegna a comunicare qualsiasi variazione intervenga in merito a quanto sopra dichiarato.

Allega alla presente: 1. copia fronte/retro di documento d'identità in corso di validità; 2. dichiarazione di assolvimento imposta di bollo.

Data _____

(firma per esteso)

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

**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 PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI
A TEMPO DETERMINATO, PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE PRESSO L'AST DI FERMO
NEI SETTORI DELLA MEDICINA GENERALE - ANNO 2025**

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 per esteso)

Ogni eventuale comunicazione deve essere inoltrata a:
Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo - Via Zeppilli, 18 - 63900 - Fermo - Tel. 0734/6252018 - 2008
PEC: ast.fermo@emarche.it