

AVVISO PUBBLICO

per formazione di una graduatoria al fine del conferimento di incarichi a tempo determinato e/o di sostituzione per i settori della MEDICINA GENERALE

L'AST di Macerata, con il presente avviso, intende formulare una graduatoria al fine di procedere al conferimento di incarichi a tempo determinato e/o di sostituzione, secondo le modalità previste dagli artt. 37 e 67 dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN/2026), per i seguenti settori della MEDICINA GENERALE:

- ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (ex medici di assistenza primaria);
- ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (ex medici di continuità assistenziale);
- emergenza sanitaria territoriale.

La graduatoria di cui al presente avviso verrà redatta in relazione al combinato disposto di cui all'art. 19, comma 6 dell'ACN/MMG del 15/01/2026, e dell'art. 4 della DGR n. 1390 del 11/08/2025 – AIR/MMG, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, secondo il seguente ordine di priorità:

- a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
- b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
- c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni per le quali possono concorrere gli iscritti a tale corso in altre Regioni;
- d) medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- e) medici iscritti ai corsi di specializzazione;
- f) ai sensi della vigente normativa, medici laureati in medicina e chirurgia e abilitati all'esercizio della professione e iscritti all'ordine professionale.

Per tutte le categorie la graduazione avverrà con priorità per i residenti nell'AST di Macerata, nella Regione Marche e fuori Regione. Inoltre i medici appartenenti alle categorie di cui alle lettere da b) a f) saranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

Inoltre, in aggiunta a quanto sopra esplicitato, si stabilisce quanto segue:

- Nel conferimento degli incarichi a tempo determinato e/o di sostituzione del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (ex assistenza primaria), saranno, sempre interpellati prioritariamente i medici residenti nell'ambito territoriale dichiarato carente e/o di iscrizione del medico da sostituire.
- Nel conferimento degli incarichi a tempo determinato e/o di sostituzione del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (ex continuità assistenziale) sarà data priorità ai residenti nel territorio dell'AST di Macerata.
- Nel conferimento degli incarichi per l'emergenza sanitaria territoriale (i cui assegnatari dovranno essere obbligatoriamente in possesso dell'attestato di abilitazione all'esercizio

dell'attività di emergenza), saranno interpellati prioritariamente i medici residenti nel territorio dell'AST di Macerata.

Si specifica che l'accettazione dell'incarico, conferito dall'AST di Macerata implica l'applicazione delle norme dettate dal vigente ACN per la Medicina Generale, al quale si rimanda per tutto quanto non espresso nel presente avviso.

La graduatoria di cui al presente avviso:

- 1) avrà validità annuale, salvo esaurimento per scorrimento totale;
- 2) non potrà essere revisionata prima della scadenza naturale, anche qualora intervenissero variazioni nello status degli iscritti, salvo future determinazioni regionali che dovessero sopraggiungere a modifica del presente bando e degli atti ad esso conseguenti;
- 3) sarà utilizzata dall'AST di Macerata ogni qual volta si renderà necessario conferire incarichi in scadenza o nuovi incarichi da espletarsi in ambito distrettuale.

Modalità e termini per la presentazione delle domande

Le domande di partecipazione all'avviso dovranno essere redatte, con applicazione del bollo da € 16,00 (utilizzando il fac-simile allegato, compilando la dichiarazione relativa all'assolvimento del bollo) e trasmesse, a pena di esclusione, entro 15 gg dalla data di pubblicazione, dell'avviso stesso, sul sito internet dell'AST di Macerata, nella sezione Amministrazione Trasparente, bando di concorso (<https://www.astmc.marche.it/amministrazione-trasparente/bando-di-concorso>) esclusivamente con la seguente modalità:

posta elettronica certificata (indirizzo P.E.C. ast.macerata@emarche.it).

Nell'oggetto della mail dovrà essere riportata la seguente dicitura "*graduatoria medicina generale 2026*".

Sia la domanda che la documentazione allegata dovranno essere inviate, a pena di esclusione, in un unico file formato pdf, firmata in maniera autografa, unitamente a fotocopia di documento di identità o in formato p7m, se firmato digitalmente.

Si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte del medico, di posta personale certificata. Non sarà ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria, anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica certificato sopra indicato.

Avvertenze generali

- 1) I requisiti richiesti per l'inserimento nella graduatoria in oggetto, debbono essere posseduti al momento della scadenza del presente avviso.
- 2) Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.
- 3) La partecipazione al presente avviso comporta l'accettazione di tutte le disposizioni in esso contemplate.

- 4) È esclusa ogni altra forma di presentazione e trasmissione. Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio; l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.
- 5) La firma in calce alla domanda, ai sensi dell'art. 39 del DPR 445/2000, non deve essere autenticata.
- 6) La mancata sottoscrizione della domanda, ancorché spedita tramite PEC, costituisce motivo di esclusione.
- 7) Saranno escluse le domande prive di fotocopia di documento di identità in corso di validità (art. 38, c.3 DPR 445/2000).

L'AST di Macerata declina ogni responsabilità per eventuali disguidi telematici non imputabili a colpe dell'Amministrazione stessa, ovvero per le domande non leggibili dal Sistema PALEO di Protocollo Informatico, poiché trasmesse in formato diverso da quello PDF.

Per ogni eventuale informazione i medici potranno rivolgersi alla U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale dell'AST di Macerata, 0733-2572702 e 0733-2574010 dalle ore 10 alle ore 14 di tutti i giorni feriali, escluso il sabato.

Questa Amministrazione si riserva la facoltà di sospendere, modificare o revocare il presente avviso anche a seguito di nuove modificazioni normative e/o riorganizzazioni territoriali.

Trattamento dei Dati Personali - informazioni regolamento (UE) 2016/679

Tutti i dati di cui l'Amministrazione verrà in possesso, a seguito della presente procedura, saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 679/2016. La presentazione della domanda di partecipazione da parte dei candidati implica il consenso ai trattamenti dei dati personali compresi i dati sensibili, a cura dell'ufficio preposto alla conservazione delle domande e all'utilizzo delle stesse per lo svolgimento delle procedure finalizzate all'avviso.

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo <https://asur.marche.it/privacyast3>

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 Macerata all'indirizzo dpo.ast.mc@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 Macerata, con sede legale in Macerata, Sede legale: Via Annibali, 31/L – 62100 Piediripa di Macerata.

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Alessandro Marini

DOMANDA per formazione di una graduatoria al fine del conferimento di incarichi a tempo determinato e/o di sostituzione per i settori della MEDICINA GENERALE

Marca da

bollo da

€ 16,00

Al Direttore Generale
dell'AST di Macerata
Via Annibali 31/L
62100 Piediripa Di Macerata

ast.macerata@emarche.it

...l... sottoscritt... Dott.....
nat.... a prov..... Il
residente a..... prov..... C.A.P.
Via/c.so N°.....
cell. n°..... CODICE FISCALE
e-mail:..... P.E.C.

chiede di essere inserito nella graduatoria per il conferimento di incarichi, a tempo determinato e/o di sostituzione nei settori della medicina generale presso l'AST di Macerata (barrare una o più caselle che interessano):

☐ **Ruolo unico di A.P. a ciclo di scelta (ex ASSISTENZA PRIMARIA)**

☐ **Ruolo unico di A.P. ad attività oraria (ex CONTINUITA' ASSISTENZIALE)**

☐ **EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

A tal fine, consapevole che il rilascio di dichiarazioni mendaci, la formazione di atti falsi ed il loro uso è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia e che, in caso di non veridicità della dichiarazione, è prevista la decadenza dai benefici acquisiti sulla base della medesima, come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa",

1) Dichiaro sotto la propria personale responsabilità di appartenere ad una delle seguenti categorie

- ☐ a) medici iscritti nella graduatoria regionale vigente secondo l'ordine di punteggio;
- ☐ b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
- ☐ c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, così come modificato dall'art. 1 dell'ACN 26/03/2020;
- ☐ d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- ☐ e) medici iscritti ai corsi di specializzazione;
- ☐ f) ai sensi della vigente normativa, medici laureati in medicina e chirurgia e abilitati all'esercizio della professione e iscritti all'ordine professionale.

2) Dichiaro, inoltre, sotto la propria personale responsabilità

- 1) di avere la seguente cittadinanza _____;
- 2) di godere / non godere dei diritti civili e politici;
- 3) 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;
- 4) di essere / non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- 5) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli studi di _____ il ____/____/____ con voto ____/____;
- 6) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale il ____/____/____ presso l'Università di _____;
- 7) di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi-Odontoiatri di _____ il ____/____/____ al n° _____ codice ENPAM _____;
- 8) di essere / non essere inserito nella graduatoria definitiva della medicina generale della Regione Marche vigente, con il punteggio di _____;
- 9) di essere / di non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica di medicina generale di cui al D.lgs. 256/91, conseguito in data ____/____/____ presso la Regione _____;

- 10) di essere / non essere iscritto a corso di formazione specifica di medicina generale di cui al D.lgs. 256/91 dal ____/____/____ nella Regione _____;
- 11) di essere / non essere iscritto a scuola di specializzazione di cui al D.lgs. 257/91 dal ____/____/____ presso l'Università degli Studi di _____;
- 12) di essere / non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale conseguito presso _____ il ____/____/____; ovvero applicazione equivalenza ai sensi del Decreto n. 21 del 15 giugno 2022 del Dipartimento Salute Regione Marche.
- 13) di trovarsi / di non trovarsi in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 21 dell'ACN/2024 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

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 **<https://asur.marche.it/privacyast3>**

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 Macerata all'indirizzo dpo.ast.mc@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 Macerata, con sede legale in Macerata, Sede legale: Via Annibali, 31/L – 62100 Piediripa di Macerata.

Luogo e data _____ **in fede** _____

- Si allega copia documento d'identità.
- Si allega (se non cittadino italiano/UE) copia del permesso di soggiorno o di qualsiasi altro documento valido dal quale si possa accertare la regolare presenza in Italia del candidato.

DICHIARAZIONE ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

Ex Art. 46 e 47 DPR 445/2000

Il sottoscritto _____, nato a _____
(prov. _____) il _____ M___ F___ Codice Fiscale _____
Residente a _____ (prov. _____)
Via _____ n. _____ Cap _____ cellulare _____
Indirizzo mail _____
indirizzo PEC _____

relativamente al procedimento telematico allegato alla presente dichiarazione per:

formazione di una graduatoria al fine del conferimento di incarichi a tempo determinato e/o di sostituzione per i settori della MEDICINA GENERALE

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€ sull'originale cartaceo della domanda e che la marca da bollo ha il seguente n. seriale identificativo:

- 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 in forma autografa, la dichiarazione deve essere accompagnata da copia di un documento di identità in corso di validità.

Data, _____
