

**DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA DELL'AST DI FERMO ANNO 2026 PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE PER LA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**

Marca da  
bollo  
€ 16,00

All'AST di Fermo  
U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale  
PEC: [ast.fermo@emarche.it](mailto:ast.fermo@emarche.it)

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

**CHIEDE**

di essere inserito nella graduatoria anno 2026 per il conferimento di incarichi provvisori e per l'affidamento di sostituzioni per la Pediatria di Libera Scelta.

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) Pediatri iscritti nella graduatoria regionale (Regione Marche) anno 2026 con il punteggio di .....**;
- B) Pediatri che hanno acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale anno 2026;**
- C) Pediatri in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti diversi dalla lettera b);**
- D) Medici iscritti al Corso di Specializzazione in Pediatria, ai sensi dell'art. 2-quinquies, comma 4, del D.L. 17 marzo 2020, n. 18 convertito, con modificazioni, dalla L. 24 aprile 2020, n. 27 (come da ultimo modificato dal D.L. 27 dicembre 2024, n. 202 convertito, con modificazioni, dalla L. 21 febbraio 2025, n. 15).**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE RESA AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 46 DPR 445/2000** (compilare in stampatello e barrare 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 Chirurghi - Odontoiatri di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ codice ENPAM \_\_\_\_\_;
- 12) di essere/non essere inserito nella graduatoria definitiva della Pediatria di Libera Scelta della Regione Marche, anno 2026 (BUR Marche n. 3 del 08/01/2026), con il punteggio di \_\_\_\_\_;
- 13) di essere/non essere in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e ss.mm.ii. (**specificare la specializzazione** \_\_\_\_\_) conseguito in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- 14) di essere/non essere iscritto a scuola di specializzazione in \_\_\_\_\_ di cui al D.Lgs. 368/99 e ss.mm.ii. dal (**indicare data di effettivo inizio**) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ annualità di frequenza \_\_\_\_\_ Università degli Studi di \_\_\_\_\_;
- 15) di trovarsi/non trovarsi in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 20 dell'ACN PLS 18/03/2026 per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta.

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)

**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  
PROVVISORI E PER L'AFFIDAMENTO DI SOSTITUZIONI PRESSO L'AST DI FERMO PER LA  
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA - 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 per esteso)*