

Allegato 1 determina n. 524 del 15/12/2026 - (Schema avviso e documentazione per presentazione domanda)

SCHEMA AVVISO PUBBLICO

PER IL CONFERIMENTO N.1 INCARICO PROVVISORIO DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA NEL DISTRETTO DI MACERATA, AMBULATORIO COMUNE DI MONTECASSIANO

SI RENDE NOTO

che si procederà al conferimento di un incarico provvisorio di Pediatria di Libera scelta, per una durata massima di 12 (dodici) mesi con obbligo di apertura dell'ambulatorio nel Comune di Montecassiano, secondo quanto previsto dall'art. 35, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici Pediatri di libera scelta, esecutivo il 18/03/2026 (qui di seguito denominato ACN PLS).

Gli interessati, ai sensi dell'art. 35 dell'ACN PLS del 18/03/2026 verranno graduati secondo i criteri di seguito precisati:

Artt. 35 e 19 ACN PLS lett. a)	Medici Pediatri iscritti nella graduatoria Regione Marche della PLS (vigente)	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale	Priorità per i residenti: 1) Nello stesso ambito carente 2) Nell'AST di Macerata 3) Nella Regione Marche 4) Fuori Regione
Artt. 35 e 19 ACN PLS lett. b)	Medici 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 vigente	Graduati nell'ordine dell'anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età	Priorità per i residenti: 1) Nello stesso ambito carente 2) Nell'AST di Macerata 3) Nella Regione Marche Fuori Regione
Artt. 35 e 19 ACN PLS lett. c)	Medici in possesso della specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti diversi dalla lettera b)	Graduati nell'ordine dell'anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età	Priorità per i residenti: 1) Nello stesso ambito carente 2) Nell'AST di Macerata 3) Nella Regione Marche Fuori Regione
Art 4, comma 10, D.L. 27/12/2024, conv. com mod. in L. 21/02/2025 n. 15	Medici iscritti al corso di specializzazione in Pediatria	Graduati nell'ordine dell'anzianità di iscrizione - a partire dalla data effettivo di inizio corso - In caso si pari anzianità, minore età al conseguimento del Diploma di Laurea, del voto di Laurea.	Priorità per i residenti: 1) Nello stesso ambito carente 2) Nell'AST di Macerata 3) Nella Regione Marche Fuori Regione

AVVERTENZE GENERALI

Le domande di partecipazione all'avviso si considereranno valide solo se pervenute nel termine di seguito indicato e se conformi agli allegati che seguono.

Le domande dovranno essere spedite esclusivamente a mezzo PEC all'indirizzo ast.macerata@emarche.it entro e non oltre il 15° (quindicesimo) giorno successivo alla pubblicazione della determina di approvazione del presente avviso sull'albo pretorio dell'AST di Macerata.

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.

Le domande si considereranno prodotte in tempo utile solo se pervenute entro il termine indicato, pertanto verranno escluse le domande che perverranno oltre il termine di scadenza sopra indicato, qualunque ne sia la causa.

È fatto obbligo utilizzare l'allegato modulo di domanda corredato dalla fotocopia fronte - retro di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Gli aspiranti dovranno, inoltre, allegare alla domanda la dichiarazione informativa - dichiarazione sostitutiva di atto notorio - attestante se, alla data di presentazione della domanda, abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, il godimento di eventuali trattamenti di pensione, se si trovino in posizione di incompatibilità.

Nell'**oggetto** della pec dovrà essere riportata la seguente dicitura **"Conferimento incarico provvisorio Montecassiano"**.

Sia la domanda che la documentazione allegata dovranno essere inviate, a pena di esclusione, in un unico file formato pdf. La domanda firmata, in maniera autografa o digitalmente, deve essere corredata da un documento di riconoscimento in corso di validità.

Si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte del medico, di posta elettronica certificata personale. Non sarà ritenuto valido la trasmissione da casella di posta elettronica semplice/ordinaria, anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica certificata sopra indicato ovvero da casella di posta elettronica certificata appartenente a soggetto diverso dal Medico che presenta la domanda per il conferimento dell'incarico di cui al presente avviso.

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.

L'Azienda, con riferimento alle disposizioni normative vigenti a livello comunitario e nazionale in materia di protezione dei dati personali, utilizzerà i dati contenuti nella domanda di partecipazione alla selezione ai soli fini della gestione della presente procedura e dell'instaurazione del rapporto conseguente.

Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini dell'espletamento della procedura e dell'esame dei requisiti di partecipazione posseduti dai candidati. Il mancato conferimento dei dati determina l'impossibilità di compiere le operazioni necessarie all'espletamento della procedura stessa precludendone, conseguentemente, la partecipazione. Per tutte le informazioni in materia di trattamento dei dati personali si fa espresso rinvio all'informativa sul trattamento dei dati personali di dipendenti e terzi non dipendenti ex art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR). Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo <https://www.astmc.marche.it/it/informativa-privacy>. 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.

Per ogni eventuale informazione i medici potranno rivolgersi alla U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale dell'AST di Macerata, 0733-2572702, 0733-2573027 e 0733-2574010 dalle ore 10 alle ore 14 di tutti i giorni feriali, escluso il sabato.

Il Direttore Generale
Dott. Alessandro Marini

**DOMANDA PER IL CONFERIMENTO N.1 INCARICO PROVVISORIO DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA NEL
DISTRETTO DI MACERATA, AMBULATORIO COMUNE DI MONTECASSIANO**

AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AST DI MACERATA
VIA ANNIBALI 31/L
62100 PIEDIRIPA DI MACERATA
ast.macerata@emarche.it

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa (cognome - nome)
nat..... a giorno-mese-anno) Prov. il
Codice Fiscale cell.
(e-mail PEC

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico per l'assegnazione di un incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta con obbligo di apertura dell'ambulatorio nel Comune di Montecassiano.

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 avere la seguente cittadinanza;
- di godere, di non godere dei diritti civili e politici;
- di avere, di 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;
- di essere, di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di essere residente a Prov. Via n° C.A.P.;
- di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di in data con voto
- di essere in possesso di abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso in data
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di dal
- di aver conseguito la Specializzazione in presso in data con voto
- di appartenere alla seguente categoria (barrare l'opzione di interesse):
Medici iscritti nella graduatoria regionale della PLS vigente (punteggio);

Medici che abbiano acquisito la specializzazione in Pediatria o in discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale della PLS vigente;

Medici in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti diversi dalla lettera B)

Medico iscritto al..... anno del Corso di Specializzazione in Pediatria presso l'Università
..... Data inizio Specializzazione ai sensi dell'art. 4, c. 10
D.L. 27 dicembre 2024, n. 202, convertito con modificazioni dalla Legge 21 febbraio 2025 n. 15.

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://www.astmc.marche.it/it/informativa-privacy>

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.

**Allegato I - DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)**

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ C.F. _____
nato a _____ il _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____
indirizzo PEC _____, mail _____
n. _____ tel/cell _____ iscritto all'Albo dei _____
della Provincia di _____

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii., consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del T.U. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,

dichiara di

1. ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico: ☐ a tempo indeterminato ☐ provvisorio ☐ di sostituzione di pediatria di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale PLS con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____
Periodo: dal _____
2. ☐ essere ☐ non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati
(1): Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo: dal _____
3. ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico: ☐ di sostituzione ☐ provvisorio ☐ a tempo indeterminato di medico ☐ del ruolo unico di assistenza primaria ☐ del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (ex assistenza primaria) ☐ del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (ex continuità assistenziale) convenzionato, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e con massimale di n. _____ scelte
Periodo: dal _____
4. ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico di medico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato/a tempo determinato, nella Regione _____ o in altra Regione (1):
Regione _____ A.S.L. _____ ore _____ settimanali
in forma attiva-in forma di disponibilità Periodo: dal _____

5. ☐ essere ☐ non essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N. ai sensi del D.P.R., n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
6. ☐ esercitare ☐ non esercitare attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale o sia titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale; in caso affermativo specificare le attività
- _____
- _____
7. ☐ svolgere ☐ non svolgere attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN (1); in caso affermativo specificare le attività:
- Azienda _____ Provincia _____ branca _____
- Periodo: dal _____
8. ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/a tempo determinato di specialista ambulatoriale interno, veterinario ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) (in caso affermativo specificare di seguito) (1):
- A.S.L./Azienda _____ branca _____ ore _____ sett.
- _____ A.S.L./Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
- A.S.L./Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
- Periodo: dal _____
9. ☐ svolgere ☐ non svolgere funzioni fiscali per conto della Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale di scelta (1):
- A.S.L. _____ Comune di _____
- _____ Periodo: dal _____
- _____
10. ☐ di fruire ☐ 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;
11. ☐ operare ☐ non operare a qualsiasi titolo in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN. È consentito esclusivamente lo svolgimento di attività istituzionale di cui all'ACN PLS e secondo modalità definite a livello regionale (1):
- Organismo _____ ore sett. _____
- Via _____ Comune di _____
- Tipo di attività _____
- Tipo di rapporto di lavoro _____
- Periodo: dal _____

12. ☐ intrattenere ☐ non intrattenere con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 15-octies del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni (1):
Azienda _____
a _____ tipo rapporto di lavoro: _____
Periodo dal _____
13. ☐ essere ☐ non essere iscritto al:
☐ corso di formazione specifica in medicina generale presso la Regione _____ - triennio 20____/20____ - anno di frequenza _____
☐ corso di specializzazione in _____ presso l'Università di _____ - anno di frequenza _____
di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
14. non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei pediatri che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM o che fruiscano dell'Anticipazione della Prestazione Previdenziale – APP – di cui all'Allegato 5 dell'ACN PLS.
15. ☐ svolgere ☐ non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e ss.mm.ii. (1):
Azienda _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
_____ Periodo: dal _____

16. ☐ avere/ ☐ non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'art. 30 dell'Accordo Collettivo Nazionale 15/12/2005 e ss.mm.ii. o dall'art. 24 dell'Accordo Collettivo Nazionale 18/03/2026 e precedenti 25/07/2024 e 28/04/2022. In caso affermativo indicare la tipologia di sanzione, l'Azienda che ha irrogato la sanzione, gli estremi del provvedimento, la data e la durata della sanzione:

17. ☐ essere / ☐ non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, l'Ordine dei Medici, la data e la durata (in caso di sospensione/ cancellazione dall'Albo):

18. ☐ avere / ☐ non avere riportato condanne penali e di ☐ avere / ☐ non avere procedimenti penali pendenti; in caso affermativo, specificare le condanne riportate, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e specificare i carichi pendenti:

19. ☐ di essere ☐ di non essere pediatra di libera scelta incaricato APP di cui all'articolo 9, comma 4, dell'Allegato 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale PLS 18/03/2026.

NOTE: _____

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

data _____ firma _____ (1)

☐ Si allega fotocopia fronte/retro di documento di identità

(1) la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.

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://www.astmc.marche.it/it/informativa-privacy>

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** _____