

**BANDI DI CONCORSO****AST - Azienda Sanitaria Territoriale - Ancona**

Domanda per l'inserimento nella graduatoria della Regione Marche della Pediatria di Libera Scelta anno 2026.

**DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA REGIONALE  
DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA ANNO 2026  
(art. 19 ACN PLS del 25/07/2024)**

MARCA DA BOLLO € 16,00
---------------------------------

Spett.le  
Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona  
U.O.C. D.A.T. e Medicina Convenzionata  
Ufficio Gestione Graduatorie Regionali  
PEC: [ast.ancona@emarche.it](mailto:ast.ancona@emarche.it)

 **PRIMO INSERIMENTO**

- in possesso della **specializzazione**.
- in attesa di conseguire la specializzazione** (da acquisire ed autocertificare entro il 15 settembre 2025).

 **INTEGRAZIONE TITOLI**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Comune di residenza \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

secondo quanto previsto dall'art. 19 dell'ACN PLS del 25/07/2024

**CHIEDE**

l'inserimento nella graduatoria della pediatria di libera scelta della Regione Marche, valevole per l'anno **2026**.

A tal fine,

**DICHIARA**

di **non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta**, secondo quanto previsto dall'art. 19, comma 3, dell'ACN PLS del 25/07/2024.

**Allega alla presente domanda:**

- Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R. 445/2000) - **Allegato A** (pagg. 2-3);
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 47 D.P.R. 445/2000) - **Allegato B** (pagg. 4-10);
- Dichiarazione assolvimento imposta di bollo - **Allegato C** (pag. 11);
- Copia fronte/retro di documento d'identità in corso di validità.

**Prende atto** che ogni comunicazione in merito alla presente domanda verrà trasmessa dall'AST di Ancona, U.O.C. D.A.T. e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali - agli indirizzi e-mail o PEC sopra indicati.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma **AUTOGRAFA** per esteso o firma **DIGITALE** certificata)



**Allegato A**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione**

(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445*

**DICHIARA**

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di altro Stato membro dell'UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti (indicare lo Stato) \_\_\_\_\_;
- di essere cittadino del seguente Stato \_\_\_\_\_ ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38, commi 1 e 3 bis, del D.Lgs n. 165/2001 e ss.mm.ii. (*cf. punto 1, lett. a), delle "Avvertenze Generali"*);
- di essere in possesso del diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_/110 oppure \_\_\_\_\_/100; con lode ;  
(*In caso di titolo conseguito all'estero indicare gli estremi del decreto ministeriale di riconoscimento: DM n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_*)
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, nella sessione n. \_\_\_\_\_ dell'anno \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, n. iscrizione \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della specializzazione in **Pediatria** o **discipline equipollenti** ai sensi della **tabella B del D.M. 30 gennaio 1998** e ss.mm.ii. (*specificare la specializzazione*) \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (frequenza del corso di studi dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_) con voto \_\_\_\_\_ con lode  (*cf. elenco al punto 1, lett. d), delle "Avvertenze Generali"*);  
(*N.B.: è obbligatorio indicare le date richieste al fine della corretta valutazione delle attività di servizio eventualmente dichiarate*)
- di essere iscritto alla scuola 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*) \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_, con previsione di conseguimento del titolo **entro il 15 settembre 2025**, e si impegna ad autocertificare il possesso della predetta specializzazione, ad avvenuta acquisizione, entro tale data al fine di essere incluso nella graduatoria (*cf. punto 1, lett. d), delle "Avvertenze Generali"*);
- di essere in possesso del **Decreto del Ministero della Salute** n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ di



riconoscimento della specializzazione in pediatria o disciplina equipollente ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e ss.mm.ii. (specificare la specializzazione) \_\_\_\_\_ conseguita all'estero (indicare lo Stato \_\_\_\_\_) **OPPURE**  di aver avviato presso il Ministero della Salute la procedura per il riconoscimento della specializzazione in pediatria o disciplina equipollente ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e ss.mm.ii. (specificare la specializzazione) \_\_\_\_\_ conseguita all'estero (indicare lo Stato \_\_\_\_\_) con istanza presentata in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, acquisita dal Ministero in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_ con previsione dell'acquisizione del D.M. **entro il 15 settembre 2025**, e si impegna ad autocertificarne il possesso, ad avvenuta acquisizione, entro tale data al fine di essere incluso nella graduatoria (cfr. punto 1, lett. e), delle "Avvertenze Generali");

di essere in possesso di specializzazione in disciplina affine alla Pediatria ai sensi della tabella B del D.M. 31 gennaio 1998 e ss.mm.ii. (indicare la specializzazione):

a) specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con frequenza dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_;

b) specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con frequenza dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_;

di essere in possesso della/e seguente/i specializzazione/i in discipline diverse da quelle sopra indicate (indicare la specializzazione):

a) specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con frequenza dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_;

b) specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con frequenza dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_;

di essere in possesso di certificato di conoscenza della lingua inglese, non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE), conseguito in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ (allegare fotocopia - cfr. punto 5 delle "Avvertenze Generali");

di essere in possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC conseguita in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ (allegare fotocopia - cfr. punto 6 delle "Avvertenze Generali");

di 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;

di 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).

Data \_\_\_\_\_ (1)  
 \_\_\_\_\_  
 (firma AUTOGRAFA per esteso o firma DIGITALE certificata)

(1) 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.



### Allegato B

#### Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445*

#### DICHIARA

il possesso dei seguenti **titoli di servizio**<sup>1</sup>:

**1) Attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'art. 48 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'art. 8, comma 1, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii., con incarico (BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA TIPOLOGIA DI INCARICO EFFETTUATO):**

**a tempo indeterminato**  **provvisorio** e  **per attività di sostituzione** (per ciascun mese complessivo: punti 1,10)

dal ____/____/____	al ____/____/____	Azienda _____	REGIONE _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	Azienda _____	REGIONE _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	Azienda _____	REGIONE _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	Azienda _____	REGIONE _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	Azienda _____	REGIONE _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	Azienda _____	REGIONE _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	Azienda _____	REGIONE _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	Azienda _____	REGIONE _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	Azienda _____	PEDIATRA _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	Azienda _____	PEDIATRA _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	Azienda _____	PEDIATRA _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	Azienda _____	PEDIATRA _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	Azienda _____	PEDIATRA _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	Azienda _____	PEDIATRA _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	Azienda _____	PEDIATRA _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	Azienda _____	PEDIATRA _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	Azienda _____	PEDIATRA _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	Azienda _____	PEDIATRA _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	Azienda _____	PEDIATRA _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	Azienda _____	PEDIATRA _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	Azienda _____	PEDIATRA _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	Azienda _____	PEDIATRA _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	Azienda _____	PEDIATRA _____

<sup>1</sup> Per inserire ulteriori periodi di attività, il medico può duplicare la pagina di interesse ed allegarla compilata alla domanda



dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ PEDIATRA \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ PEDIATRA \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ PEDIATRA \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ PEDIATRA \_\_\_\_\_

**2) Attività svolta durante il periodo di affiancamento previsto dalla procedura di ricambio generazionale (APP):**  
*(per ciascun mese complessivo: punti 1,10)*

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ REGIONE \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ REGIONE \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ REGIONE \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ REGIONE \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ REGIONE \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ REGIONE \_\_\_\_\_

**3) Attività di sostituzione per attività sindacale del pediatra di libera scelta titolare:** *(per ciascun mese complessivo: punti 1,10; il mese corrisponde a 96 ore)*

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ PEDIATRA \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ PEDIATRA \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ PEDIATRA \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ PEDIATRA \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ PEDIATRA \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ PEDIATRA \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ PEDIATRA \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ PEDIATRA \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ PEDIATRA \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ PEDIATRA \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ PEDIATRA \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ PEDIATRA \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ PEDIATRA \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ PEDIATRA \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ PEDIATRA \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ PEDIATRA \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ PEDIATRA \_\_\_\_\_



**4) Servizio per attività territoriali programmate:** (per ciascun mese complessivo: punti 1,10; il mese corrisponde a 96 ore)

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

**5) Servizio in forma attiva nella medicina dei servizi** o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di **guardia medica** e di **continuità assistenziale (assistenza primaria ad attività oraria)** e nell'**emergenza sanitaria territoriale**: (*BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA TIPOLOGIA DI INCARICO EFFETTUATO*) (punti 0,10 per ogni mese, ragguagliato a 96 ore di attività)

servizio in forma attiva nella **MEDICINA DEI SERVIZI**:  a tempo indeterminato  sostituzione

Anno: ..... Azienda: .....

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settembre	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novembre	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicembre	dal _____	al _____	ore _____

Anno: ..... Azienda: .....

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settembre	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novembre	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicembre	dal _____	al _____	ore _____

servizio in forma attiva di **GUARDIA MEDICA** e di **CONTINUITA' ASSISTENZIALE (ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA)**:

a tempo indeterminato  a tempo determinato  sostituzione  incarico provvisorio

Anno: ..... Azienda: .....

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settembre	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novembre	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicembre	dal _____	al _____	ore _____



Anno: ..... Azienda: .....

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settembre	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novembre	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicembre	dal _____	al _____	ore _____

Anno: ..... Azienda: .....

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settembre	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novembre	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicembre	dal _____	al _____	ore _____

Anno: ..... Azienda: .....

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settembre	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novembre	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicembre	dal _____	al _____	ore _____

servizio in forma attiva di **EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE:**

a tempo indeterminato  a tempo determinato  sostituzione  incarico provvisorio

Anno: ..... Azienda: .....

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settembre	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novembre	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicembre	dal _____	al _____	ore _____



**5) Servizio di medico incaricato di assistenza primaria a ciclo di scelta (“assistenza primaria” fino al 27/04/2022)**  
*(BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA TIPOLOGIA DI INCARICO EFFETTUATO):*

**a tempo indeterminato**  **provvisorio** (punti 0,10 per ogni mese)

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

**6) Servizio di sostituzione di medico di assistenza primaria a ciclo di scelta (“assistenza primaria” fino al 27/04/2022)** (punti 0,10 per ogni mese, ragguagliato a 96 ore di attività)

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ MEDICO \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ MEDICO \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ MEDICO \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ MEDICO \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ MEDICO \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ MEDICO \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ MEDICO \_\_\_\_\_

**7) Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche** organizzati dalle Regioni o dalle Aziende (per ciascun mese complessivo: punti 0,10)

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_





**8) Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia:** *(per ciascun mese: punti 0,05)*

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**9) Attività di specialista pediatra svolta all'estero** ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125; della Legge 10 luglio 1960, n. 735 e successive modificazioni, e del decreto ministeriale 1° settembre 1988, n. 430: *(per ciascun mese complessivo: punti 0,10)* **N.B.:** *il servizio deve essere attestato con certificazioni, in originale o copia conforme all'originale, sottoscritte dal legale rappresentante dell'Ente, con allegata la traduzione in lingua italiana certificata, vistata per conferma dalla competente autorità consolare italiana all'estero. Per i servizi sanitari prestati all'estero per i quali è previsto uno specifico provvedimento di riconoscimento (art. 124, comma 2, decreto legislativo 112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento.*

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**10) Attività di specialista pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche** non espressamente contemplate nei punti che precedono: *(per ciascun mese complessivo: p. 0,05)*

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**11) DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'ASTENSIONE PER MATERNITA':**

La sottoscritta dichiara di aver usufruito di:

astensione **obbligatoria** per gravidanza e puerperio nei seguenti periodi:

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ incarico di \_\_\_\_\_ presso Azienda \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ incarico di \_\_\_\_\_ presso Azienda \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ incarico di \_\_\_\_\_ presso Azienda \_\_\_\_\_

astensione **anticipata** nei seguenti periodi:

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ incarico di \_\_\_\_\_ presso Azienda \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ incarico di \_\_\_\_\_ presso Azienda \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ incarico di \_\_\_\_\_ presso Azienda \_\_\_\_\_



Il/La sottoscritto/a dichiara di:

non avere  avere subito provvedimenti di revoca del rapporto convenzionale di pediatra di libera scelta. In caso affermativo, indicare la data di revoca del rapporto convenzionale \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ e l'Azienda che ha adottato il provvedimento \_\_\_\_\_ (provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_).

**Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre:**

- che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1);
- di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali, inclusa nella presente domanda (pagg. 12 e 13), e di autorizzare l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali.

Data \_\_\_\_\_  
*(firma AUTOGRAFA per esteso o firma DIGITALE certificata)* (2)

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

(2) 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.



Allegato C

**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 DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA  
DELLA REGIONE MARCHE VALEVOLE PER L'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 **AUTOGRAFA** per esteso o firma **DIGITALE** certificata)

Ogni eventuale comunicazione deve essere inoltrata a:  
Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona  
U.O.C. D.A.T. e Medicina Convenzionata  
Ufficio Gestione Graduatorie Regionali - Tel. 071/8705076 - 5869 - 5885  
PEC: [ast.ancona@emarche.it](mailto:ast.ancona@emarche.it)



**INFORMATIVA RESA AGLI INTERESSATI PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
**(artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 “GDPR”)**

**CHI SIAMO**

TITOLARE DEL TRATTAMENTO: Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Ancona  
Sede: Viale C. Colombo, 106 - 60127 Ancona AN  
PEC: ast.ancona@emarche.it

RESPONSABILE PROTEZIONE DATI: Data Protection Officer - (DPO)  
Tel. 071 2911517  
e-mail: dpo.ast.an@sanita.marche.it

L’AST di Ancona è il **TITOLARE DEL TRATTAMENTO** dei dati personali che La riguardano e che potranno essere gestiti in modalità cartacea o attraverso i sistemi informatici.

**IL RESPONSABILE della PROTEZIONE dei DATI** (o Data Protection Officer - DPO) è il Suo punto di contatto per qualsiasi questione o problema legati all’applicazione del Regolamento sulla privacy (GDPR 679/2016).

**COSA FACCIAMO CON I VOSTRI DATI (Categorie dati, requisito necessario)**

Per la gestione delle istanze trattiamo dati personali “comuni”, come i dati identificativi e anagrafici, e dati personali “particolari” (c.d. “sensibili”), comunque indicati nel modulo per la domanda.

Fornire i Suoi dati personali è necessario per lo svolgimento delle procedure per la formazione della graduatoria regionale della pediatria di libera scelta valevole per l’anno 2026.

**PERCHÉ TRATTIAMO I VOSTRI DATI (Finalità, base giuridica)**

Trattiamo i Suoi dati per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell’AST di Ancona e, nello specifico, esclusivamente per l’espletamento delle procedure relative alla formazione della graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valevole per l’anno 2026, oltre che per la gestione amministrativa della procedura. Tale trattamento avviene ai sensi del combinato disposto degli artt. 9, pr. 2, lett. g), GDPR e 2 sexies co. 2, lett. m), Codice Privacy, per motivi di interesse pubblico. Il mancato conferimento dei dati personali comporterà l’impossibilità, per il medico, di essere iscritto nella graduatoria in argomento.

I Suoi dati personali, anche se raccolti da uno specifico ufficio o presidio, potranno essere utilizzati dal Titolare anche per esigenze di altri settori, purché il trattamento sia sempre connesso al perseguimento delle finalità istituzionali.

**COME TRATTIAMO I SUOI DATI E CON QUALI MEZZI (Modalità di trattamento)**

Nel trattare i Suoi dati, adottiamo tutte le misure tecniche e organizzative utili ad evitare accessi non autorizzati, divulgazione, modifica o distruzione. Soltanto il personale autorizzato dal Titolare può accedere per effettuare le operazioni di trattamento o di manutenzione dei sistemi. Non sono utilizzati sistemi di decisione automatica, compresa la profilazione.

**DOVE FINISCONO I SUOI DATI (Comunicazione a terzi e categorie di destinatari)**

In alcuni casi è possibile che i Suoi dati personali siano comunicati a soggetti esterni che svolgono attività per nostro conto. Questi, in ogni caso, vengono nominati Responsabili e istruiti a trattare i dati in massima sicurezza. I Suoi dati personali sono altresì comunicati ad altri enti pubblici solo per obblighi previsti da leggi e regolamenti. I Suoi dati non saranno mai diffusi. In caso di trasferimento verso Paesi non appartenenti all’Unione Europea, essi verranno protetti con idonee misure di sicurezza avendo cura di verificare il rispetto delle condizioni ex artt. 44 e ss. GDPR.

**QUANTO TEMPO CONSERVIAMO I SUOI DATI (Periodo di conservazione)**

I Suoi dati personali sono conservati solo per il tempo necessario al perseguimento delle finalità sopra riportate, a meno che la Legge non preveda un periodo di conservazione più lungo.



#### **DA CHI RICEVIAMO I SUOI DATI (Fonte dei dati)**

Quando possibile, raccogliamo i dati personali direttamente dall'interessato, ma laddove ciò non sia possibile anche in relazione alla tipologia di servizio, ci rivolgiamo a:

- chi esercita legalmente la rappresentanza;
- un prossimo congiunto, familiare, convivente o unito civilmente o, infine, ad un fiduciario.

#### **QUALI SONO I SUOI DIRITTI**

Può richiedere direttamente al Titolare del trattamento di vedere, correggere, cancellare o limitare i dati che trattiamo e che La riguardano. In alcuni casi, può anche opporsi o revocare il Suo consenso al trattamento, laddove previsto; ha anche il diritto alla portabilità dei dati e quindi in qualsiasi momento può richiedere una copia digitale degli stessi o il trasferimento automatico tra enti pubblici.

Può anche richiedere l'applicazione del diritto all'Oblio, laddove ne ricorrano i presupposti, fermo restando i limiti previsti dagli artt. 23 GDPR e 2-undecies e 2-duodecies Codice Privacy.

#### **COME PUÒ ESERCITARE I SUOI DIRITTI**

A volte l'evoluzione tecnologica non ci facilita il compito di proteggere i Suoi dati.

Se ha dei dubbi che stiamo conservando Suoi dati errati, incompleti o se pensa che Li abbiamo gestiti male, La preghiamo di contattare il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO) oppure inviare una richiesta utilizzando il modulo di Richiesta di Accesso ai dati, scaricabile dal sito dell'AST Ancona (sito ex ASUR Marche), Sezione Privacy. Il nostro Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO) esaminerà la Sua richiesta e La contatterà per risolvere al più presto il problema. Altrimenti ha il diritto di proporre un reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali.



## AVVERTENZE GENERALI

1. Ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta del 25/07/2024 (cfr. art. 19 e Allegato 4), i pediatri che aspirano all'iscrizione nella graduatoria regionale **devono presentare OGNI ANNO la propria domanda in bollo**, barrando la casella "PRIMO INSERIMENTO" (nel caso in cui il pediatra si iscriva per la prima volta nella graduatoria della Regione Marche) oppure la casella "INTEGRAZIONE TITOLI" (nel caso in cui il pediatra si sia già iscritto alle graduatorie della Regione Marche relative ad anni precedenti).

I pediatri di libera scelta già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento (art. 19, comma 3, ACN PLS del 25/07/2024).

I pediatri che aspirano all'iscrizione nella graduatoria **non devono trovarsi nella condizione** di cui all'**art. 20, comma 1, lettere g) - fruire di 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) - e k) - fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM) - dell'ACN PLS del 25/07/2024** e devono **possedere, alla scadenza del termine per la presentazione della domanda, i seguenti requisiti:**

- a) Cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE. Possono chiedere l'iscrizione i familiari di cittadini europei non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, i cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria;
- b) Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia;
- c) Iscrizione all'Albo professionale;
- d) diploma di **specializzazione in pediatria** o in una delle seguenti **discipline equipollenti** ai sensi della **tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e ss.mm.ii. (nella domanda va obbligatoriamente specificata la/le specializzazione/i posseduta/e):**
  - clinica pediatrica
  - neonatologia
  - pediatria e puericultura
  - pediatria preventiva e puericultura
  - pediatria preventiva e sociale
  - pediatria sociale e puericultura
  - puericultura
  - puericultura ed igiene infantile
  - puericultura, dietetica infantile ed assistenza sociale dell'infanzia
  - puericultura e dietetica infantile.

**Possono altresì presentare domanda di inserimento in graduatoria i medici che nell'anno acquisiranno il diploma di specializzazione, che dovrà essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre 2025 ai fini dell'inserimento nella graduatoria provvisoria.** Il pediatra dovrà pertanto trasmettere all'U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali - dell'AST di Ancona, entro la predetta data, l'autocertificazione del possesso del diploma di specializzazione all'indirizzo PEC [ast.ancona@emarche.it](mailto:ast.ancona@emarche.it)



- e) possono, inoltre, presentare domanda i pediatri in possesso del **Decreto del Ministero della Salute di riconoscimento della specializzazione conseguita all'estero**, ovvero i pediatri che, alla data di presentazione della domanda, abbiano avviato la procedura, presso il Ministero della Salute, per il riconoscimento della specializzazione conseguita all'estero con previsione dell'acquisizione del D.M. di riconoscimento entro il 15 settembre 2025 e con l'impegno di autocertificarne il possesso, ad avvenuta acquisizione, entro tale data, al fine di essere incluso nella graduatoria stessa. In quest'ultimo caso, il pediatra dovrà pertanto trasmettere all'U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali - dell'AST di Ancona, entro la predetta data, l'autocertificazione del riconoscimento della specializzazione conseguita all'estero all'indirizzo PEC [ast.ancona@emarche.it](mailto:ast.ancona@emarche.it)
2. Le domande, in bollo, devono essere spedite, a pena di esclusione, **esclusivamente tramite PEC** all'indirizzo [ast.ancona@emarche.it](mailto:ast.ancona@emarche.it) **DALLE ORE 00.00 DEL 1° GENNAIO 2025 ED ENTRO E NON OLTRE LE ORE 23.59 DEL GIORNO 31 GENNAIO 2025.**

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 deve essere riportato il nome ed il cognome del pediatra e la dicitura "Domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale della pediatria di libera scelta anno 2026".

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

La domanda deve essere sottoscritta con **firma autografa** del pediatra **oppure** sottoscritta con **firma digitale** del pediatra con certificato rilasciato dal certificatore accreditato; successivamente, la domanda stessa, debitamente compilata e firmata e munita degli allegati richiesti, andrà acquisita in formato PDF o JPEG ed allegata alla PEC per l'invio.

L'AST di Ancona 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 graduatoria.

**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 Ancona, 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, da presentare utilizzando esclusivamente lo schema di domanda sopra riportato, **il pediatra 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 regionale dovranno essere obbligatoriamente posseduti alla data della scadenza della domanda, pena l'esclusione dalla procedura.**

La domanda deve essere **inviata in marca da bollo da € 16,00 (l'originale della marca va apposto nell'apposito riquadro in alto a sinistra presente nel modello di domanda; la marca stessa va poi annullata)**; inoltre, alla domanda i pediatri devono allegare le **dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio concernenti i titoli valutabili ai fini della graduatoria**, oltre a **copia fronte/retro di documento di identità in corso di**



**validità.** Possono presentare annualmente allegati integrativi dei titoli aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati.

Infine, i pediatri devono **obbligatoriamente** allegare la modulistica denominata “**assolvimento dell’imposta di bollo - dichiarazione ex art. 46 e 47 DPR 445/2000**” (debitamente compilata e firmata).

3. Costituiscono **MOTIVI DI ESCLUSIONE** dalla graduatoria:

- mancata sottoscrizione della domanda;
- 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 Ancona;
- domanda spedita da una casella di Posta Elettronica Certificata non intestata al pediatra;
- domanda spedita da una casella di Posta Elettronica non certificata (e-mail ordinaria);
- domanda che non soddisfa i requisiti di formato richiesti.

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 graduatoria, senza ulteriore comunicazione formale da parte dell’AST di Ancona.

4. Il possesso dei titoli per l’inclusione in graduatoria deve essere attestato:

- a. con **dichiarazione sostitutiva di certificazione** (art. 46 DPR 445/2000 - **Allegato A** della domanda), per i titoli accademici e di studio;
- b. con **dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà** (art. 47 DPR 445/2000 - **Allegato B** della domanda), per i titoli di servizio prestato presso una Amministrazione Pubblica o un gestore di Pubblico Servizio **fino al 31 dicembre 2024**;
- c. i titoli conseguiti presso soggetti privati o esteri devono essere allegati alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge.

A far data dal 1° gennaio 2012, ai sensi dell’art. 15 della L. 12/11/2011, n. 183, recante modifiche al D.P.R. 445/2000 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), le certificazioni rilasciate dalle P.A. in ordine a stati, qualità personali e fatti, sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati: nei rapporti con gli organi della P.A. e i gestori di pubblici servizi, i certificati sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione o dall’atto di notorietà. Conseguentemente le P.A. e i gestori di servizi non possono più accettarli né richiederli. Le amministrazioni pubbliche sono tenute ad acquisire d’ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive, previa indicazione, da parte dell’interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti.

La domanda e le dichiarazioni sostitutive devono essere compilate in modo completo e leggibile. L’omissione dei dati comporterà la mancata attribuzione dei relativi punteggi. Non saranno valutati i titoli accademici e di studio ed i titoli di servizio non menzionati dall’Allegato 4 dell’ACN PLS del 25/07/2024, né quelli dichiarati in maniera incompleta/illeggibile/incomprensibile.

Le dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà dovranno, pertanto, indicare esattamente quanto richiesto (il numero di ore di attività svolte, il periodo di svolgimento, l’Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l’attività, ecc.).

Tutti i dati riportati dovranno consentire all’Amministrazione di effettuare gli accertamenti ed i controlli d’ufficio di cui agli artt. 43 e 71 del D.P.R. 445/2000.

L’U.O.C. DAT e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali dell’AST di Ancona si riserva la facoltà di controllare la veridicità delle dichiarazioni sostitutive presentate e, qualora ne accerti la non veridicità, provvederà a disporre l’immediata adozione del relativo provvedimento di esclusione dalla graduatoria, oppure di





decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, che tuttavia non esimerà il pediatra dalle eventuali azioni di responsabilità previste nei suoi confronti dalla vigente normativa, con specifico riferimento al D.P.R. n. 445/2000.

5. La conoscenza della lingua inglese (**Allegato A**, pag. 3) deve essere documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE), che pertanto deve essere obbligatoriamente allegato in fotocopia.
6. La conoscenza dei principali programmi informatici (**Allegato A**, pag. 3) deve essere documentata dal possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC, che pertanto deve essere obbligatoriamente allegato in fotocopia.
7. Ai fini dell'inclusione in graduatoria i pediatri devono possedere, al 31 gennaio 2025, i requisiti previsti dall'art. 19, comma 2, lett. a), b) e c) dell'ACN PLS del 25/07/2024. Inoltre, sono valutabili solo i titoli di servizio posseduti al 31 dicembre dell'anno 2024, nonché il diploma di specializzazione conseguito ed autocertificato entro il 15 settembre dell'anno 2025.
8. Il pediatra è tenuto a dichiarare di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali inclusa nella domanda e ad autorizzare l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali (*cf. pag. 10*).
9. È compito del pediatra iscritto alla graduatoria regionale informare tempestivamente l'U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona e le altre Aziende di interesse circa l'eventuale variazione dei dati anagrafici durante il periodo di vigenza della stessa.
10. **SI RACCOMANDA, ALTRESÌ, AL PEDIATRA DI CONSERVARE L'ORIGINALE DELLA DOMANDA ED I RELATIVI ALLEGATI**, a titolo di promemoria di quanto dichiarato, al fine sia di verificare il punteggio attribuito dall'U.O.C. D.A.T. e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali dell'AST di Ancona, sia per evitare di ripetere, nelle successive domande di integrazione, dichiarazioni di titoli accademici e di servizio già rese. L'originale della domanda inviata via PEC deve essere conservato con la marca da bollo debitamente incollata ed annullata nell'apposito spazio a pag. 1 in alto sinistra, per essere esibita in caso di controlli sull'assolvimento dell'imposta di bollo da parte dell'autorità competente (*vedi Allegato C*).
11. Per eventuali informazioni e chiarimenti, gli interessati potranno rivolgersi all'U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale e Medicina Convenzionata - Gestione Graduatorie Regionali dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona agli indirizzi e-mail [barbara.lucarelli@sanita.marche.it](mailto:barbara.lucarelli@sanita.marche.it) - [lucia.palmieri@sanita.marche.it](mailto:lucia.palmieri@sanita.marche.it) o ai numeri di telefono 071/8705076 - 071/8705869 - 071/8705885.