

DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA DELL'AST DI FERMO ANNO 2026 PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO, PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE NEI SETTORI DELLA MEDICINA GENERALE

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 graduatoria anno 2026 per il conferimento di incarichi a tempo determinato, provvisori e per l'affidamento di sostituzioni nei settori della Medicina Generale presso l'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo (ruolo unico di Assistenza Primaria – a ciclo di scelta e/o ad attività oraria; Assistenza ai turisti; Emergenza Sanitaria 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 2026 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 2026;**
- C) Medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale;**
- 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.**



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 medicina generale della Regione Marche, anno 2026 (BUR Marche n. 3 del 08/01/2026), 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 _____



/_____ /_____ oppure applicazione equivalenza ai sensi del Decreto n. 21 del 15/06/2022 del Dipartimento Salute Regione Marche;

17) di trovarsi/non trovarsi in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 21 dell'ACN MMG 15/01/2026 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)



**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 PER L'AFFIDAMENTO DI SOSTITUZIONE PRESSO L'AST DI FERMO
NEI SETTORI DELLA MEDICINA GENERALE - 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)

