REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE
DELLA

Regione Umbria

SERIE AVVISI E CONCORSI **PERUGIA - 5 agosto 2025**

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - P E R U G I A

REGIONE UMBRIA
ED ENTI DIPENDENTI

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE N. 2
TERNI
Servizio: Ufficio centrale regionale per i rapporti convenzionali

Avviso pubblico di manifestazione di interesse agli incarichi vacanti di medico del Ruolo Unico di assistenza primaria presso le Aziende USL della Regione Umbria anno 2025, ai sensi dell'art. 34 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni. Scadenza ore 23:59 del 25 agosto 2025 - Avviso E.S.T. (118) - Avviso di pubblicazione incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) prima rilevazione anno 2025. Scadenza ore 23:59 del 25 agosto 2025.

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE UMBRIA N. 1
PERUGIA

Avviso assistenza negli istituti penitenziari - Avviso di pubblicazione ordinaria incarichi vacanti medici di assistenza penitenziaria presso l'Azienda USL Umbria 1 anno 2025.

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE UMBRIA N. 2
TERNI

Avviso assistenza negli istituti penitenziari - Avviso di pubblicazione degli incarichi vacanti medici di assistenza penitenziaria presso l'Azienda USL Umbria 2 anno 2025.

SOMMARIO

REGIONE UMBRIA
ED ENTI DIPENDENTI

Azienda Unità Sanitaria Locale N. 2
Terni
Servizio: Ufficio centrale regionale per i rapporti convenzionali

Avviso pubblico di manifestazione di interesse agli incarichi vacanti di medico del Ruolo Unico di assistenza primaria presso le Aziende USL della Regione Umbria anno 2025, ai sensi dell'art. 34 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni. Scadenza ore 23:59 del 25 agosto 2025 . . . . . Pag. 3

Avviso E.S.T. (118) - Avviso di pubblicazione incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) prima rilevazione anno 2025. Scadenza ore 23:59 del 25 agosto 2025 . . . . . Pag. 34

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria N. 1
Perugia

Avviso assistenza negli istituti penitenziari - Avviso di pubblicazione ordinaria incarichi vacanti medici di assistenza penitenziaria presso l'Azienda USL Umbria 1 anno 2025 . . . . . Pag. 53

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria N. 2
Terni

Avviso assistenza negli istituti penitenziari - Avviso di pubblicazione degli incarichi vacanti medici di assistenza penitenziaria presso l'Azienda USL Umbria 2 anno 2025 . . . . . Pag. 70

REGIONE UMBRIA
ED ENTI DIPENDENTI

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE N. 2
TERNI
SERVIZIO: UFFICIO CENTRALE REGIONALE PER I RAPPORTI CONVENZIONALI

Avviso pubblico di manifestazione di interesse agli incarichi vacanti di medico del Ruolo Unico di assistenza primaria presso le Aziende USL della Regione Umbria anno 2025, ai sensi dell'art. 34 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni. Scadenza ore 23:59 del 25 agosto 2025.

VISTE le DD.GG.RR. Umbria nn. 4495/97 e 1609/99 che istituiscono l'Ufficio Centrale Regionale, in attuazione dell'art. 34 dell'ACN per la Medicina Generale del 04/04/2024, si pubblica l'elenco degli incarichi vacanti di Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno 2025 (per questi ultimi accanto all'incarico vacante si specifica la data in cui si perfezionerà la carenza), individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui all'art. 32

Azienda USL Umbria 1 – Sede Perugia

Zone carenti approvate con Delibere D.G. n.620 del 28/05/2025 e n. 673 del 13/06/2025

MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Distretto/Ambito	AFT	Comune ambulatorio principale	Vincolo	Zone carenti
ALTO TEVERE	CITTA' DI CASTELLO			**8**
ALTO TEVERE	UMBERTIDE			**3**
ALTO TEVERE	SAN GIUSTINO			**5**
			TOTALE CARENZE DISTRETTO ALTO TEVERE	**16**
Distretto/Ambito	**AFT**	**Comune ambulatorio principale**	**Vincolo**	**Zone carenti**
ALTO CHIASCIO	GUBBIO			**12**
ALTO CHIASCIO	GUALDO TADINO FASCIA APPENNINICA			**4**
			TOTALE CARENZE DISTRETTO ALTO CHIASCIO	**16**
Distretto/Ambito	**AFT**	**Comune ambulatorio principale**	**Vincolo**	**Zone carenti**
PERUGINO	PONTE FELCINO (ex CDS 1)			**9**
PERUGINO	PONTE S.GIOVANNI (ex CDS 2)			**8**
PERUGINO	CASTEL DEL PIANO (ex CDS 5)			**4**
PERUGINO	ELLERA (ex CDS 6)			**9**
PERUGINO	SAN MARCO (ex CDS 3)			**3**
PERUGINO	PERUGIA CENTRO (ex CDS 3)			**5**
PERUGINO	MADONNA ALTA (ex CDS 4)			**2**
			TOTALE CARENZE DISTRETTO PERUGINO	**40**

Distretto/Ambito	AFT	Comune ambulatorio principale	Vincolo	Zone carenti
ASSISANO	ASSISI			**2**
ASSISANO	BASTIA UMBRA			**2**
			TOTALE CARENZE DISTRETTO ASSISANO	**4**
Distretto/Ambito	**AFT**	**Comune ambulatorio principale**	**Vincolo**	**Zone carenti**
MEDIA VALLE DEL TEVERE	MARSCIANO			**3**
MEDIA VALLE DEL TEVERE	MARSCIANO	Marsciano	Obbligo apertura Frazione Papiano per almeno n.2 giorni/settimana	**1**
MEDIA VALLE DEL TEVERE	TODI	Massa Martana		**1**
MEDIA VALLE DEL TEVERE	TODI			**1**
MEDIA VALLE DEL TEVERE	DERUTA			**2**
			TOTALE CARENZE DISTRETTO MEDIA VALLE DEL TEVERE	**8**
Distretto/Ambito	**AFT**	**Comune ambulatorio principale**	**Vincolo**	**Zone carenti**
TRASIMENO	TRASIMENO SUD			**2**
TRASIMENO	TRASIMENO NORD			**3**
TRASIMENO	TRASIMENO OVEST- Castiglione del Lago			**3**
			TOTALE CARENZE DISTRETTO TRASIMENO	**8**
AZIENDA USL UMBRIA 1 **TOTALE GENERALE INCARICHI VACANTI RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA** **N. 92**				

Azienda USL Umbria 2

MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Zone carenti approvate con Delibera D.G. f.f. 856 del 29/04/2025

Distretto/Ambito	AFT	Comune ambulatorio principale	Vincolo	Zone carenti
TERNI/Stroncone-Terni	1	Terni	con garanzia di ambulatorio secondario nella frazione di Marmore	**1**
TERNI/Stroncone-Terni	1	Terni	con garanzia di ambulatorio secondario nella frazione di Collestatte	**1**
TERNI/Stroncone-Terni	1	Terni		**3**
TERNI/Stroncone-Terni	2	Terni		**4**
TERNI/Stroncone-Terni	3	Terni		**6**
TERNI/Stroncone-Terni	4	Terni		**5**
TERNI/Arrone-Ferentillo-Montefranco-Polino	4	Arrone		**1**
TERNI/Acquasparta Sangemini	5	Acquasparta		**2**
TERNI/Acquasparta Sangemini	5	San Gemini		**1**
			TOTALE CARENZE DISTRETTO TERNI	**24**
Distretto/Ambito	**AFT**	**Comune ambulatorio principale**	**Vincolo**	**Zone carenti**
NARNI/AMELIA- Narni-Otricoli-Calvi dell'Umbria	Narni	Calvi dell'Umbria		**1**
NARNI/AMELIA- Narni-Otricoli-Calvi dell'Umbria	Narni	Narni		**3**
NARNI/AMELIA –Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Alviano		**1**
NARNI/AMELIA - Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Amelia		**1**
NARNI/AMELIA- Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Attigliano		**1**
NARNI/AMELIA Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Giove		**1**
NARNI/AMELIA- Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Lugnano n Teverina		**1**
NARNI/AMELIA- Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Penna in Teverina		**1**
NARNI/AMELIA- Avigliano Umbro-Montecastrilli	Amelia	Avigliano Umbro		**1**
NARNI/AMELIA- Avigliano Umbro-Montecastrilli	Amelia	Montecastrilli		**1**
			TOTALE CARENZE DISTRETTO NARNI/AMELIA	**12**
Distretto/Ambito	**AFT**	**Comune ambulatorio principale**	**Vincolo**	**Zone carenti**
ORVIETO/ Orvieto-Parrano	1	Orvieto		**1**
ORVIETO/ Allerona-Castelgiorgio-Castel Viscardo	2	Castelgiorgio		**1**
ORVIETO/ Allerona-Castelgiorgio-Castel Viscardo	2	Castel Viscardo		**2**
ORVIETO/ Baschi-Montecchio	2	Montecchio		**1**

ORVIETO/ Fabro-Ficulle-Montegabbione-Monteleone di Orvieto-Parrano	2	Ficulle		**2**
ORVIETO/ Fabro-Ficulle-Montegabbione-Monteleone di Orvieto-Parrano	2	Montegabbione		**1**
			TOTALE CARENZE DISTRETTO ORVIETO	**8**
Distretto/Ambito	**AFT**	**Comune ambulatorio principale**	**Vincolo**	**Zone carenti**
FOLIGNO	4	Bevagna		**2**
FOLIGNO	1	Foligno	con decorrenza dal 23/12/2025	**1**
FOLIGNO	1	Foligno		**1**
FOLIGNO	2	Foligno		**1**
FOLIGNO	3	Foligno		**1**
FOLIGNO	4	Gualdo Cattaneo		**4**
FOLIGNO	4	Montefalco		**3**
FOLIGNO	2	Sellano		**2**
FOLIGNO	1	Spello		**3**
FOLIGNO	3	Trevi		**1**
			TOTALE CARENZE DISTRETTO FOLIGNO	**19**
Distretto	**AFT**	**Comune ambulatorio principale**	**Vincolo**	**Zone carenti**
VALNERINA	1	Cascia		**1**
VALNERINA	1	Cerreto di Spoleto		**1**
VALNERINA	1	Monteleone di Spoleto		**1**
VALNERINA	1	Norcia		**2**
VALNERINA	1	Preci		**1**
VALNERINA	1	Scheggino		**1**
			TOTALE CARENZE DISTRETTO VALNERINA	**7**
Distretto/Ambito	**AFT**	**Comune ambulatorio principale**	**Vincolo**	**Zone carenti**
SPOLETO	1	Spoleto		**3**
SPOLETO	2	Spoleto		**2**
SPOLETO	2	Spoleto	con decorrenza dal 26/12/2025	**1**
SPOLETO	FO4	Giano dell'Umbria		**1**
			TOTALE CARENZE DISTRETTO SPOLETO	**7**
AZIENDA USL UMBRIA 2 TOTALE GENERALE INCARICHI VACANTI RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA N. 77				

SI PRECISA CHE LE INDIVIDUAZIONI SONO STATE PREDISPOSTE DIRETTAMENTE DALLE RISPETTIVE AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE:

Possono concorrere al conferimento degli incarichi:
a) per trasferimento tra Aziende (interaziendale), i medici titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria da almeno due anni nella stessa Azienda della Regione Umbria e quelli titolari in altra Regione da almeno quattro anni. Ai fini del computo del suddetto requisito è valutata la titolarità di incarico di assistenza primaria a ciclo di scelta e/o ad attività oraria. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. Il trasferimento può avvenire anche in caso di disponibilità di un solo incarico.
I medici già titolari d'incarico del ruolo unico di assistenza primaria a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.
Sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza primaria ed all'anzianità nei settori confluiti nel ruolo unico di assistenza primaria ai sensi dell'ACN 28 aprile 2022 (Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale), detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 22, comma 1.
In caso di servizi contemporanei se ne valuta uno solo.
In caso di pari posizione in graduatoria sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.
Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 24, comma 1, lettera a).
La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.
Ai sensi della norma transitoria n. 4, ACN Il medico del ruolo unico di assistenza primaria già titolare di concomitante incarico a ciclo di scelta e ad attività oraria all'entrata in vigore del presente Accordo, in caso di accettazione del trasferimento ai sensi dell'articolo 34, comma 5, lettera a) decade da tutti gli incarichi in essere, tenuto conto di quanto previsto all'articolo 34, comma 20.

b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso pubblicata sul BURU n. 49 del 12 novembre 2024.
Per l'assegnazione delle zone carenti – fatta salva l'assegnazione preliminare per trasferimento - la riserva calcolata a livello regionale, è definita nel seguente modo:

- 80% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;
- 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale.

Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande, incarichi spettanti ad una delle suddette riserve, gli stessi vengono assegnati all'altra.
Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi possono concorrere esclusivamente per una delle riserve, fatto salvo quanto sopra e devono dichiarare nella domanda la riserva per la quale intendono concorrere.
I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva sono approssimati alla unità più vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le riserve, il relativo posto viene assegnato alla riserva più bassa.
I medici sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

1. punteggio riportato nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2025;
2. punti 5 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza (31/01/2022) del termine

per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;

3. punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la scadenza (31/01/2022) del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

In caso di pari posizione in graduatoria sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

c) i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31/01/2024), autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda.

Sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nell'ambito pubblicato, nell'Azienda, nella Regione e da ultimo fuori Regione.

d) i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nella lettera precedente.

Sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nell'ambito pubblicato, nell'Azienda, nella Regione e da ultimo fuori Regione.

e) i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, e s.m.i. esclusivamente che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Umbria.

Sono graduati, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nell'ambito pubblicato, nell'Azienda, nella Regione e da ultimo fuori Regione. A tale categoria può essere attribuito un incarico temporaneo con obbligo di apertura dello studio e progressiva modulazione dell'attività a ciclo di scelta e su base oraria, come stabilito nell'articolo 38, comma 9.

f) i medici ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, esclusivamente che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Umbria.

Sono graduati, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nell'ambito pubblicato, nell'Azienda, nella Regione e da ultimo fuori Regione. A tale categoria può essere attribuito un incarico temporaneo con obbligo di apertura dello studio e progressiva modulazione dell'attività a ciclo di scelta e su base oraria, come stabilito nell'articolo 38, comma 9.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:

Le domande di partecipazione al presente avviso, conformi al modello allegato, munite di copia non autenticata di un documento di identità in corso di validità e della dichiarazione informativa sulla privacy, in formato .pdf (in un unico allegato), devono pervenire esclusivamente a mezzo Posta Elettronica Certificata (PEC) al seguente indirizzo: **aslumbria2@postacert.umbria.it**

Si precisa che l'oggetto della PEC dovrà contenere la seguente dicitura: **"DOMANDA ZONA CARENTE RU – PUBBLICAZIONE BUR 2025"**

Le domande devono pervenire, utilizzando i moduli allegati, all'Ufficio Centrale Regionale presso l'Azienda USL Umbria 2 **entro venti (20) giorni dalla pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale Regione Umbria**.

I termini per la presentazione delle domande sono perentori. Ai fini della verifica della trasmissione della domanda entro il termine utile, farà fede l'avviso di consegna della PEC.

Non verranno considerate valide le domande inoltrate oltre il termine di scadenza sopra indicato e con modalità diverse dall'invio tramite PEC, quale ne sia la causa.

Alla domanda gli aspiranti dovranno allegare apposita dichiarazione sostitutiva di atto notorio utilizzando il modulo all'uopo predisposto **Modulo AP-4** nonché il modulo **AP-5** (dichiarazione assolvimento imposta di bollo).

CONVOCAZIONE:

Ai sensi dell'art. 34, co.19 ACN/2024 MMG i candidati ammessi sono convocati per il **giorno 16 settembre 2025 alle ore 10:00** presso la sede di Spoleto dell'Azienda Usl Umbria 2 - sita a Piazza Dante Perilli (Palazzina Micheli) piano primo - per manifestare la propria disponibilità all'assegnazione alla carenza, tenendo conto della opzione manifestata nella domanda di partecipazione ed in considerazione dell'ammissione.

Qualora l'aspirante ammesso non sia interessato all'assegnazione della carenza è pregato di inviare apposita comunicazione al seguente indirizzo PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

Si precisa che la mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.

Nel caso sia oggettivamente impossibilitato a presentarsi il candidato ammesso può dichiarare, mediante posta elettronica certificata, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali abbia presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati e gli si chiede di essere telefonicamente reperibile per il giorno della convocazione nella fascia oraria dalle 10:00 alle 15:00.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 REG. EU 679/2016

Ai sensi e per gli effetti della vigente disciplina in materia di protezione dei dati personali, la Azienda USL Umbria 2, nella sua qualità di titolare del trattamento, mette a disposizione dei partecipanti le informazioni di cui all'art.13 del Regolamento Europeo 679/2016 all'indirizzo internet.

Per informazioni gli interessati potranno telefonare ai seguenti numeri telefonici:
0743/210417 Fancelli Sabrina - 075/5414237 Marchetti Donatella – 075/5414257 Angeloni Daniela – 0744/204377 Cicciola Valentina.

L'UFFICIO CENTRALE REGIONALE DELL'UMBRIA

T/0351 (*Gratuito*)

Modulo AP-1

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA PRESSO LE AZIENDE USL DELLA REGIONE UMBRIA - ANNO 2025

(per trasferimento)
Art. 34, comma 5 lett. a)

TAG: BUR2025

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

All' Ufficio Centrale Regionale dell'Umbria
PEC: **aslumbria2@postacert.umbria.it**

Oggetto: DOMANDA ZONA CARENTE AP – PUBBLICAZIONE BUR 2025

Il/la sottoscritto/a Dr._____nato a _____prov.

_____ il_____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____CAP _____ tel. _____ titolare di incarico a tempo

indeterminato di medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta/ad attività oraria.

Email_____

PEC_____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 34 comma 5 lett. a), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 4/04/2024, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria presso le Aziende UUssll della Regione Umbria - anno 2025 pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del_____
e segnatamente per gli ambiti sotto indicati **(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

Azienda USL Umbria 1
MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Distretto/Ambito	AFT	Comune ambulatorio principale	Vincolo	Barrare in corrispondenza degli ambiti prescelti
ALTO TEVERE	CITTA' DI CASTELLO			
ALTO TEVERE	UMBERTIDE			
ALTO TEVERE	SAN GIUSTINO			
ALTO CHIASCIO	GUBBIO			
ALTO CHIASCIO	GUALDO TADINO FASCIA APPENNINICA			

Modulo AP-1

Distretto/Ambito	AFT	Comune ambulatorio principale	Vincolo	Barrare in corrispondenza degli ambiti prescelti
PERUGINO	PONTE FELCINO (ex CDS 1)			
PERUGINO	PONTE S.GIOVANNI (ex CDS 2)			
PERUGINO	CASTEL DEL PIANO (ex CDS 5)			
PERUGINO	ELLERA (ex CDS 6)			
PERUGINO	SAN MARCO (ex CDS 3)			
PERUGINO	PERUGIA CENTRO (ex CDS 3)			
PERUGINO	MADONNA ALTA (ex CDS 4)			
ASSISANO	ASSISI			
ASSISANO	BASTIA UMBRA			
MEDIA VALLE DEL TEVERE	MARSCIANO			
MEDIA VALLE DEL TEVERE	MARSCIANO	Marsciano	Obbligo apertura Frazione Papiano per almeno n.2 giorni/settimana	
MEDIA VALLE DEL TEVERE	TODI	Massa Martana		
MEDIA VALLE DEL TEVERE	TODI			
MEDIA VALLE DEL TEVERE	DERUTA			
TRASIMENO	TRASIMENO SUD			
TRASIMENO	TRASIMENO NORD			
TRASIMENO	TRASIMENO OVEST- Castiglione del Lago			

Azienda USL Umbria 2

MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Distretto/Ambito	AFT	Comune ambulatorio principale	Vincolo	Barrare in corrispondenza degli ambiti prescelti
TERNI/Stroncone-Terni	1	Terni	con garanzia di ambulatorio secondario nella frazione di Marmore	
TERNI/Stroncone-Terni	1	Terni	con garanzia di ambulatorio secondario nella frazione di Collestatte	
TERNI/Stroncone-Terni	1	Terni		
TERNI/Stroncone-Terni	2	Terni		
TERNI/Stroncone-Terni	3	Terni		
TERNI/Stroncone-Terni	4	Terni		
TERNI/Arrone-Ferentillo-Montefranco-Polino	4	Arrone		
TERNI/Acquasparta Sangemini	5	Acquasparta		
TERNI/Acquasparta Sangemini	5	San Gemini		
NARNI/AMELIA- Narni-Otricoli-Calvi dell'Umbria	Narni	Calvi dell'Umbria		
NARNI/AMELIA- Narni-Otricoli-Calvi dell'Umbria	Narni	Narni		
NARNI/AMELIA –Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Alviano		

Modulo AP-1

Distretto/Ambito	AFT	Comune ambulatorio principale	Vincolo	Barrare in corrispondenza degli ambiti prescelti
NARNI/AMELIA - Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Amelia		
NARNI/AMELIA- Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Attigliano		
NARNI/AMELIA Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Giove		
NARNI/AMELIA- Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Lugnano n Teverina		
NARNI/AMELIA- Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Penna in Teverina		
NARNI/AMELIA- Avigliano Umbro-Montecastrilli	Amelia	Avigliano Umbro		
NARNI/AMELIA- Avigliano Umbro-Montecastrilli	Amelia	Montecastrilli		
ORVIETO/ Orvieto-Parrano	1	Orvieto		
ORVIETO/ Allerona-Castelgiorgio-Castel Viscardo	2	Castelgiorgio		
ORVIETO/ Allerona-Castelgiorgio-Castel Viscardo	2	Castel Viscardo		
ORVIETO/ Baschi-Montecchio	2	Montecchio		
ORVIETO/ Fabro-Ficulle-Montegabbione-Monteleone di Orvieto-Parrano	2	Ficulle		
ORVIETO/ Fabro-Ficulle-Montegabbione-Monteleone di Orvieto-Parrano	2	Montegabbione		
FOLIGNO	4	Bevagna		
FOLIGNO	1	Foligno	con decorrenza dal 23/12/2025	
FOLIGNO	1	Foligno		
FOLIGNO	2	Foligno		
FOLIGNO	3	Foligno		
FOLIGNO	4	Gualdo Cattaneo		
FOLIGNO	4	Montefalco		
FOLIGNO	2	Sellano		
FOLIGNO	1	Spello		
FOLIGNO	3	Trevi		
VALNERINA	1	Cascia		
VALNERINA	1	Cerreto di Spoleto		
VALNERINA	1	Monteleone di Spoleto		
VALNERINA	1	Norcia		
VALNERINA	1	Preci		
VALNERINA	1	Scheggino		
SPOLETO	1	Spoleto		
SPOLETO	2	Spoleto		

Modulo AP-1

Distretto/Ambito	AFT	Comune ambulatorio principale	Vincolo	Barrare in corrispondenza degli ambiti prescelti
SPOLETO	2	Spoleto	con decorrenza dal 26/12/2025	
SPOLETO	FO4	Giano dell'Umbria		

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000:

DICHIARA

A) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'università degli studi di_____in data_____

con voto_____(Specificare se il voto è espresso sul massimo di 100 oppure 110);

B) di essere iscritto all'Ordine dei Medici di_____;

C) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nel ruolo unico di Assistenza Primaria:

□ a ciclo di scelta presso l'Azienda _____di_____
Distretto _____dal _____

□ a rapporto orario presso l'Azienda _____di_____
Distretto _____dal _____

(detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 22, comma 1 ACN MMG 4/04/2024);

D) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nel ruolo unico di Assistenza Primaria

□ a ciclo di scelta:

dal_____al_____presso ASL_____Regione_____
dal_____al_____presso ASL_____Regione_____
dal_____al_____presso ASL_____Regione_____

□ a rapporto orario:

dal_____al_____presso ASL_____Regione_____
dal_____al_____presso ASL_____Regione_____
dal_____al_____presso ASL_____Regione_____

(detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 22, comma 1 ACN MMG 4/04/2024);

con anzianità complessiva di incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e/o a rapporto orario, come sopra indicato, pari a mesi _____ detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 22, comma 1 ACN MMG 4/04/2024:

dal_____al_____totale giorni_____ presso ASL _____
dal_____al_____totale giorni_____ presso ASL _____
dal_____al_____totale giorni_____ presso ASL _____

(si precisa che in caso di servizi contemporanei, ai fini della determinazione dell'anzianità di incarico, ne verrà valutato uno solo)

Modulo AP-1

DICHIARA ALTRESI'

- ☐ di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679;
- ☐ di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, allegata all'avviso;
- ☐ di essere a conoscenza che l'autorità competente potrà effettuare controlli sulle dichiarazioni sostitutive, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii.;
- ☐ che la marca da bollo con numero identificativo _____, figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria – anno 2025, trasmessa per PEC in data _____, è conforme all'originale in proprio possesso;
- ☐ di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 come da attestazione trasmessa unitamente alla presente domanda;
- ☐ di conservare l'originale della domanda di cui sopra per i controlli previsti dalla normativa vigente da parte dell'Amministrazione e di impegnarsi a produrla in sede di convocazione.

Data _____ **firma per esteso _____**
(non soggetta ad autenticazione

Si allega in unico file pdf:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa – Modulo AP-5
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione – Modulo AP-6

Modulo AP-2

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA PRESSO LE AZIENDE USL DELLA REGIONE UMBRIA - ANNO 2025
(per graduatoria)

MEDICI PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA ANNO 2025
Art. 34, comma 5, lettera b) dell'ACN del 4/04/2024

TAG: BUR2025

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

All' Ufficio Centrale Regionale dell'Umbria
PEC: **aslumbria2@postacert.umbria.it**

Oggetto: DOMANDA ZONA CARENTE AP – PUBBLICAZIONE BUR 2025

Il/la sottoscritto/a Dr._____ nato a _____

prov._____il_____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____CAP _____ tel. _____ a far data dal _____

proveniente dal Comune di _____ove risultava residente dal _____

e residente nel territorio della regione _____dal_____

inserito nella Graduatoria della Regione Umbria Anno 2025 al n. _____ con punti _____

Email_____

PEC_____

FA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER GRADUATORIA

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 5, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 4/04/2024, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria presso le Aziende UUssll della Regione Umbria - anno 2025 pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del_____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati **(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

Azienda USL Umbria 1
MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Distretto/Ambito	AFT	Comune ambulatorio principale	Vincolo	Barrare in corrispondenza degli ambiti prescelti
ALTO TEVERE	CITTA' DI CASTELLO			
ALTO TEVERE	UMBERTIDE			
ALTO TEVERE	SAN GIUSTINO			

Modulo AP-2

Distretto/Ambito	AFT	Comune ambulatorio principale	Vincolo	Barrare in corrispondenza degli ambiti prescelti
ALTO CHIASCIO	GUBBIO			
ALTO CHIASCIO	GUALDO TADINO FASCIA APPENNINICA			
PERUGINO	PONTE FELCINO (ex CDS 1)			
PERUGINO	PONTE S.GIOVANNI (ex CDS 2)			
PERUGINO	CASTEL DEL PIANO (ex CDS 5)			
PERUGINO	ELLERA (ex CDS 6)			
PERUGINO	SAN MARCO (ex CDS 3)			
PERUGINO	PERUGIA CENTRO (ex CDS 3)			
PERUGINO	MADONNA ALTA (ex CDS 4)			
ASSISANO	ASSISI			
ASSISANO	BASTIA UMBRA			
MEDIA VALLE DEL TEVERE	MARSCIANO			
MEDIA VALLE DEL TEVERE	MARSCIANO	Marsciano	Obbligo apertura Frazione Papiano per almeno n.2 giorni/settimana	
MEDIA VALLE DEL TEVERE	TODI	Massa Martana		
MEDIA VALLE DEL TEVERE	TODI			
MEDIA VALLE DEL TEVERE	DERUTA			
TRASIMENO	TRASIMENO SUD			
TRASIMENO	TRASIMENO NORD			
TRASIMENO	TRASIMENO OVEST- Castiglione del Lago			

Azienda USL Umbria 2

MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Distretto/Ambito	AFT	Comune ambulatorio principale	Vincolo	Barrare in corrispondenza degli ambiti prescelti
TERNI/Stroncone-Terni	1	Terni	con garanzia di ambulatorio secondario nella frazione di Marmore	
TERNI/Stroncone-Terni	1	Terni	con garanzia di ambulatorio secondario nella frazione di Collestatte	
TERNI/Stroncone-Terni	1	Terni		
TERNI/Stroncone-Terni	2	Terni		
TERNI/Stroncone-Terni	3	Terni		
TERNI/Stroncone-Terni	4	Terni		
TERNI/Arrone-Ferentillo-Montefranco-Polino	4	Arrone		
TERNI/Acquasparta Sangemini	5	Acquasparta		
TERNI/Acquasparta Sangemini	5	San Gemini		
NARNI/AMELIA- Narni-Otricoli-Calvi dell'Umbria	Narni	Calvi dell'Umbria		
NARNI/AMELIA- Narni-Otricoli-Calvi dell'Umbria	Narni	Narni		

Modulo AP-2

Distretto/Ambito	AFT	Comune ambulatorio principale	Vincolo	Barrare in corrispondenza degli ambiti prescelti
NARNI/AMELIA –Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Alviano		
NARNI/AMELIA - Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Amelia		
NARNI/AMELIA- Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Attigliano		
NARNI/AMELIA Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Giove		
NARNI/AMELIA- Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Lugnano n Teverina		
NARNI/AMELIA- Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Penna in Teverina		
NARNI/AMELIA- Avigliano Umbro-Montecastrilli	Amelia	Avigliano Umbro		
NARNI/AMELIA- Avigliano Umbro-Montecastrilli	Amelia	Montecastrilli		
ORVIETO/ Orvieto-Parrano	1	Orvieto		
ORVIETO/ Allerona-Castelgiorgio-Castel Viscardo	2	Castelgiorgio		
ORVIETO/ Allerona-Castelgiorgio-Castel Viscardo	2	Castel Viscardo		
ORVIETO/ Baschi-Montecchio	2	Montecchio		
ORVIETO/ Fabro-Ficulle-Montegabbione-Monteleone di Orvieto-Parrano	2	Ficulle		
ORVIETO/ Fabro-Ficulle-Montegabbione-Monteleone di Orvieto-Parrano	2	Montegabbione		
FOLIGNO	4	Bevagna		
FOLIGNO	1	Foligno	con decorrenza dal 23/12/2025	
FOLIGNO	1	Foligno		
FOLIGNO	2	Foligno		
FOLIGNO	3	Foligno		
FOLIGNO	4	Gualdo Cattaneo		
FOLIGNO	4	Montefalco		
FOLIGNO	2	Sellano		
FOLIGNO	1	Spello		
FOLIGNO	3	Trevi		
VALNERINA	1	Cascia		
VALNERINA	1	Cerreto di Spoleto		
VALNERINA	1	Monteleone di Spoleto		
VALNERINA	1	Norcia		
VALNERINA	1	Preci		
VALNERINA	1	Scheggino		
SPOLETO	1	Spoleto		
SPOLETO	2	Spoleto		
SPOLETO	2	Spoleto	con decorrenza dal 26/12/2025	

Modulo AP-2

Distretto/Ambito	AFT	Comune ambulatorio principale	Vincolo	Barrare in corrispondenza degli ambiti prescelti
SPOLETO	FO4	Giano dell'Umbria		

In osservanza di quanto previsto dall'art. 34 comma 13 del vigente ACN per la MMG chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione, **barrando una sola (pena esclusione) delle caselle sotto indicate:**

- ❑ Riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91, 368/99 e 277/2003

- ❑ Riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (abilitazione professionale conseguita entro il 31/12/1994)

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000:

DICHIARA

- ☐ di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____; (*specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)*

- ☐ di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;

- ☐ di non essere titolare di rapporto convenzionale con incarico a tempo indeterminato nel ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta/ad attività oraria;

Il sottoscritto, in osservanza di quanto previsto dall'art. 34 comma 13 vigente ACN chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione (barrare una sola casella):

- ☐ Riserva 80% per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;
- ☐ Riserva 20% per i medici in possesso del titolo equipollente.

DICHIARA ALTRESI'

a. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679;
b. di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, allegata all'avviso;
c. di essere a conoscenza che l'autorità competente potrà effettuare controlli sulle dichiarazioni sostitutive, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii.;
d. che la marca da bollo con numero identificativo _____, figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria – anno 2025, trasmessa per PEC in data _____, è conforme all'originale in proprio possesso;
e. di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 come da attestazione trasmessa unitamente alla presente domanda;
f. di conservare l'originale della domanda di cui sopra per i controlli previsti dalla normativa vigente da parte dell'Amministrazione e di impegnarsi a produrla in sede di convocazione.

Modulo AP-2

Data _____ firma per esteso _____
(non soggetta ad autenticazione

Si allega in unico file pdf:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa – Modulo AP-5
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione – Modulo AP-6.

Modulo AP-3

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA PRESSO LE AZIENDE USL DELLA REGIONE UMBRIA - ANNO 2025

MEDICI NON PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA ANNO 2025

che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della domanda di inclusione in detta graduatoria (31/01/2024)
e Medici in possesso del titolo di formazione specifico in Medicina Generale non compresi nel punto sopra indicato
Art. 34, comma 5, lettera c) e lettera d) dell' ACN MMG del 04/04/2024

TAG: BUR2025

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

All' Ufficio Centrale Regionale dell'Umbria
PEC: **aslumbria2@postacert.umbria.it**

Oggetto: DOMANDA ZONA CARENTE AP – PUBBLICAZIONE BUR 2025

Il/la sottoscritto/a Dr._____ nato a _____

prov._____il_____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____CAP _____ tel. _____

Email_____

PEC_____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 5, lett. c) e lett. d) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 04/04/2024, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria presso le Aziende UUssll della Regione Umbria - anno 2025 pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del_____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati **(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

Azienda USL Umbria 1

MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Distretto/Ambito	AFT	Comune ambulatorio principale	Vincolo	Barrare in corrispondenza degli ambiti prescelti
ALTO TEVERE	CITTA' DI CASTELLO			
ALTO TEVERE	UMBERTIDE			
ALTO TEVERE	SAN GIUSTINO			

Modulo AP-3

Distretto/Ambito	AFT	Comune ambulatorio principale	Vincolo	Barrare in corrispondenza degli ambiti prescelti
ALTO CHIASCIO	GUBBIO			
ALTO CHIASCIO	GUALDO TADINO FASCIA APPENNINICA			
PERUGINO	PONTE FELCINO (ex CDS 1)			
PERUGINO	PONTE S.GIOVANNI (ex CDS 2)			
PERUGINO	CASTEL DEL PIANO (ex CDS 5)			
PERUGINO	ELLERA (ex CDS 6)			
PERUGINO	SAN MARCO (ex CDS 3)			
PERUGINO	PERUGIA CENTRO (ex CDS 3)			
PERUGINO	MADONNA ALTA (ex CDS 4)			
ASSISANO	ASSISI			
ASSISANO	BASTIA UMBRA			
MEDIA VALLE DEL TEVERE	MARSCIANO			
MEDIA VALLE DEL TEVERE	MARSCIANO	Marsciano	Obbligo apertura Frazione Papiano per almeno n.2 giorni/settimana	
MEDIA VALLE DEL TEVERE	TODI	Massa Martana		
MEDIA VALLE DEL TEVERE	TODI			
MEDIA VALLE DEL TEVERE	DERUTA			
TRASIMENO	TRASIMENO SUD			
TRASIMENO	TRASIMENO NORD			
TRASIMENO	TRASIMENO OVEST-Castiglione del Lago			

Azienda USL Umbria 2

MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Distretto/Ambito	AFT	Comune ambulatorio principale	Vincolo	Barrare in corrispondenza degli ambiti prescelti
TERNI/Stroncone-Terni	1	Terni	con garanzia di ambulatorio secondario nella frazione di Marmore	
TERNI/Stroncone-Terni	1	Terni	con garanzia di ambulatorio secondario nella frazione di Collestatte	
TERNI/Stroncone-Terni	1	Terni		
TERNI/Stroncone-Terni	2	Terni		
TERNI/Stroncone-Terni	3	Terni		
TERNI/Stroncone-Terni	4	Terni		
TERNI/Arrone-Ferentillo-Montefranco-Polino	4	Arrone		
TERNI/Acquasparta Sangemini	5	Acquasparta		
TERNI/Acquasparta Sangemini	5	San Gemini		

Modulo AP-3

Distretto/Ambito	AFT	Comune ambulatorio principale	Vincolo	Barrare in corrispondenza degli ambiti prescelti
NARNI/AMELIA-Narni-Otricoli-Calvi dell'Umbria	Narni	Calvi dell'Umbria		
NARNI/AMELIA-Narni-Otricoli-Calvi dell'Umbria	Narni	Narni		
NARNI/AMELIA – Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Alviano		
NARNI/AMELIA - Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Amelia		
NARNI/AMELIA-Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Attigliano		
NARNI/AMELIA Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Giove		
NARNI/AMELIA-Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Lugnano n Teverina		
NARNI/AMELIA-Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Penna in Teverina		
NARNI/AMELIA-Avigliano Umbro-Montecastrilli	Amelia	Avigliano Umbro		
NARNI/AMELIA-Avigliano Umbro-Montecastrilli	Amelia	Montecastrilli		
ORVIETO/ Orvieto-Parrano	1	Orvieto		
ORVIETO/ Allerona-Castelgiorgio-Castel Viscardo	2	Castelgiorgio		
ORVIETO/ Allerona-Castelgiorgio-Castel Viscardo	2	Castel Viscardo		
ORVIETO/ Baschi-Montecchio	2	Montecchio		
ORVIETO/ Fabro-Ficulle-Montegabbione-Monteleone di Orvieto-Parrano	2	Ficulle		
ORVIETO/ Fabro-Ficulle-Montegabbione-Monteleone di Orvieto-Parrano	2	Montegabbione		
FOLIGNO	4	Bevagna		
FOLIGNO	1	Foligno	con decorrenza dal 23/12/2025	

Modulo AP-3

Distretto/Ambito	AFT	Comune ambulatorio principale	Vincolo	Barrare in corrispondenza degli ambiti prescelti
FOLIGNO	1	Foligno		
FOLIGNO	2	Foligno		
FOLIGNO	3	Foligno		
FOLIGNO	4	Gualdo Cattaneo		
FOLIGNO	4	Montefalco		
FOLIGNO	2	Sellano		
FOLIGNO	1	Spello		
FOLIGNO	3	Trevi		
VALNERINA	1	Cascia		
VALNERINA	1	Cerreto di Spoleto		
VALNERINA	1	Monteleone di Spoleto		
VALNERINA	1	Norcia		
VALNERINA	1	Preci		
VALNERINA	1	Scheggino		
SPOLETO	1	Spoleto		
SPOLETO	2	Spoleto		
SPOLETO	2	Spoleto	con decorrenza dal 26/12/2025	
SPOLETO	FO4	Giano dell'Umbria		

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000:

DICHIARA

- ☐ di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____; (*specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)*

- ☐ di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;

- ☐ di non essere titolare di rapporto convenzionale con incarico a tempo indeterminato nel ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta/ad attività oraria;

- ☐ **di essere in possesso del diploma di formazione specifica in Medicina Generale conseguito il _____ presso la Regione _____**

DICHIARA ALTRESI'

a. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679;
b. di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, allegata all'avviso;
c. di essere a conoscenza che l'autorità competente potrà effettuare controlli sulle dichiarazioni sostitutive, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii.;

Modulo AP-3

d. che la marca da bollo con numero identificativo _____, figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria – anno 2025, trasmessa per PEC in data _____, è conforme all'originale in proprio possesso;
e. di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 come da attestazione trasmessa unitamente alla presente domanda;
f. di conservare l'originale della domanda di cui sopra per i controlli previsti dalla normativa vigente da parte dell'Amministrazione e di impegnarsi a produrla in sede di convocazione.

Data _____ **firma per esteso _____**
(non soggetta ad autenticazione

Si allega in unico file pdf:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa – Modulo AP-5
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione – Modulo AP-6

Modulo AP-4

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA PRESSO LE AZIENDE USL DELLA REGIONE UMBRIA - ANNO 2025

(Medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Umbria, ex art. 9 D.L. 14/12/2018 n. 135 così come modificato dalla legge di conversione 11/02/2019 n. 12 e s.m.i. ed ex art. 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60)
Art. 34, comma 5 lett. e) e lett. f)

TAG: BUR2025

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

All' Ufficio Centrale Regionale dell'Umbria
PEC: **aslumbria2@postacert.umbria.it**

Oggetto: DOMANDA ZONA CARENTE AP – PUBBLICAZIONE BUR 2025

Il/la sottoscritto/a Dr._____nato a _____prov.

_____ il_____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____CAP _____ tel. _____ medico iscritto al Corso di

Formazione Specifica in Medicina Generale nella Regione Umbria.

Email_____

PEC_____

FA DOMANDA

ai sensi dell'art. 34, comma 5, lett. e) ed f) dell'A.C.N. MMG 04/04/2024, per l'assegnazione di incarico temporaneo, da convertire in incarico a tempo indeterminato con decorrenza dalla data di conseguimento del Diploma di Formazione in Medicina Generale, per i seguenti incarichi vacanti **(barrare con il segno X la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

Azienda USL Umbria 1
MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Distretto/Ambito	AFT	Comune ambulatorio principale	Vincolo	Barrare in corrispondenza degli ambiti prescelti
ALTO TEVERE	CITTA' DI CASTELLO			
ALTO TEVERE	UMBERTIDE			
ALTO TEVERE	SAN GIUSTINO			

Modulo AP-4

Distretto/Ambito	AFT	Comune ambulatorio principale	Vincolo	Barrare in corrispondenza degli ambiti prescelti
ALTO CHIASCIO	GUBBIO			
ALTO CHIASCIO	GUALDO TADINO FASCIA APPENNINICA			
PERUGINO	PONTE FELCINO (ex CDS 1)			
PERUGINO	PONTE S.GIOVANNI (ex CDS 2)			
PERUGINO	CASTEL DEL PIANO (ex CDS 5)			
PERUGINO	ELLERA (ex CDS 6)			
PERUGINO	SAN MARCO (ex CDS 3)			
PERUGINO	PERUGIA CENTRO (ex CDS 3)			
PERUGINO	MADONNA ALTA (ex CDS 4)			
ASSISANO	ASSISI			
ASSISANO	BASTIA UMBRA			
MEDIA VALLE DEL TEVERE	MARSCIANO			
MEDIA VALLE DEL TEVERE	MARSCIANO	Marsciano	Obbligo apertura Frazione Papiano per almeno n.2 giorni/settimana	
MEDIA VALLE DEL TEVERE	TODI	Massa Martana		
MEDIA VALLE DEL TEVERE	TODI			
MEDIA VALLE DEL TEVERE	DERUTA			
TRASIMENO	TRASIMENO SUD			
TRASIMENO	TRASIMENO NORD			
TRASIMENO	TRASIMENO OVEST-Castiglione del Lago			

Azienda USL Umbria 2

MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Distretto/Ambito	AFT	Comune ambulatorio principale	Vincolo	Barrare in corrispondenza degli ambiti prescelti
TERNI/Stroncone-Terni	1	Terni	con garanzia di ambulatorio secondario nella frazione di Marmore	
TERNI/Stroncone-Terni	1	Terni	con garanzia di ambulatorio secondario nella frazione di Collestatte	
TERNI/Stroncone-Terni	1	Terni		
TERNI/Stroncone-Terni	2	Terni		
TERNI/Stroncone-Terni	3	Terni		
TERNI/Stroncone-Terni	4	Terni		
TERNI/Arrone-Ferentillo-Montefranco-Polino	4	Arrone		

Modulo AP-4

Distretto/Ambito	AFT	Comune ambulatorio principale	Vincolo	Barrare in corrispondenza degli ambiti prescelti
TERNI/Acquasparta Sangemini	5	Acquasparta		
TERNI/Acquasparta Sangemini	5	San Gemini		
NARNI/AMELIA-Narni-Otricoli-Calvi dell'Umbria	Narni	Calvi dell'Umbria		
NARNI/AMELIA-Narni-Otricoli-Calvi dell'Umbria	Narni	Narni		
NARNI/AMELIA – Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Alviano		
NARNI/AMELIA - Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Amelia		
NARNI/AMELIA-Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Attigliano		
NARNI/AMELIA Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Giove		
NARNI/AMELIA-Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Lugnano n Teverina		
NARNI/AMELIA-Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna	Amelia	Penna in Teverina		
NARNI/AMELIA-Avigliano Umbro-Montecastrilli	Amelia	Avigliano Umbro		
NARNI/AMELIA-Avigliano Umbro-Montecastrilli	Amelia	Montecastrilli		
ORVIETO/ Orvieto-Parrano	1	Orvieto		
ORVIETO/ Allerona-Castelgiorgio-Castel Viscardo	2	Castelgiorgio		
ORVIETO/ Allerona-Castelgiorgio-Castel Viscardo	2	Castel Viscardo		
ORVIETO/ Baschi-Montecchio	2	Montecchio		
ORVIETO/ Fabro-Ficulle-Montegabbione-Monteleone di Orvieto-Parrano	2	Ficulle		
ORVIETO/ Fabro-Ficulle-Montegabbione-Monteleone di Orvieto-Parrano	2	Montegabbione		
FOLIGNO	4	Bevagna		

Modulo AP-4

Distretto/Ambito	AFT	Comune ambulatorio principale	Vincolo	Barrare in corrispondenza degli ambiti prescelti
FOLIGNO	1	Foligno	con decorrenza dal 23/12/2025	
FOLIGNO	1	Foligno		
FOLIGNO	2	Foligno		
FOLIGNO	3	Foligno		
FOLIGNO	4	Gualdo Cattaneo		
FOLIGNO	4	Montefalco		
FOLIGNO	2	Sellano		
FOLIGNO	1	Spello		
FOLIGNO	3	Trevi		
VALNERINA	1	Cascia		
VALNERINA	1	Cerreto di Spoleto		
VALNERINA	1	Monteleone di Spoleto		
VALNERINA	1	Norcia		
VALNERINA	1	Preci		
VALNERINA	1	Scheggino		
SPOLETO	1	Spoleto		
SPOLETO	2	Spoleto		
SPOLETO	2	Spoleto	con decorrenza dal 26/12/2025	
SPOLETO	FO4	Giano dell'Umbria		

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000:

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data_____ con voto _____; (*specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)*

2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____ con numero_____;

3. di frequentare, ai sensi dell'Art. art. 9 D.L. 14/12/2018 n. 135 così come modificato dalla legge di conversione 11/02/2019 n. 12, il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale……/…….. presso la Regione Umbria iniziato in data…… (barrare annualità di frequenza): ☐ 1° ☐ 2° ☐ 3°

4. di frequentare, con iscrizione ai sensi dell'Art, ex art. 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60 il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale ……/…….. presso la Regione Umbria iniziato in data…… iscrizione tramite graduatoria riservata (barrare annualità di frequenza): ☐ 1° ☐ 2° ☐ 3°

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli ambiti territoriali vacanti avverrà secondo le modalità indicate nell'avviso.

Modulo AP-4

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:
- ❑ la propria residenza
- ❑ il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____

Attenzione: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore.

DICHIARA ALTRESI'

a. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679;
b. di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, allegata all'avviso;
c. di essere a conoscenza che l'autorità competente potrà effettuare controlli sulle dichiarazioni sostitutive, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii.;
d. che la marca da bollo con numero identificativo _____, figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria – anno 2025, trasmessa per PEC in data _____, è conforme all'originale in proprio possesso;
e. di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 come da attestazione trasmessa unitamente alla presente domanda;
f. di conservare l'originale della domanda di cui sopra per i controlli previsti dalla normativa vigente da parte dell'Amministrazione e di impegnarsi a produrla in sede di convocazione.

Data _____ firma per esteso _____

(non soggetta ad autenticazione

Si allega in unico file pdf:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa – Modulo AP-5
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione – Modulo AP-6.

AP-5

TAG: BUR2025

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)
(art.47 D.P.R. 445/2000, novellato dalla L. 189/2012)

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____(_____) il _____

residente in _____ (___) Via/Piazza_____ n. ___
_____ n° _____

iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____ai sensi e

agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000.

DICHIARA FORMALMENTE DI

1) essere - non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di_____Azienda_____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte
Periodo: dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)
Azienda _____ branca _____ ore sett._____
Azienda _____ branca _____ ore sett._____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
Provincia _____ branca _____
Periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:
Azienda_____ Via _____
Tipo di attività _____
Periodo: dal _____

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra regione (2):
Regione _____ Azienda _____ ore sett._____
in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

AP-5

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:
Denominazione del corso _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio: dal _____

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs 9 aprile 2008 n.81:
Azienda___ _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)
Azienda _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)
_____
_____
Periodo: dal _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:
_____
_____

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
Periodo: dal _____

AP-5

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

_____
_____
Periodo: dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato:(1) (2)

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____
Tipo di attività _____
Periodo: dal _____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico,
esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):
Soggetto pubblico _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro: _____
Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

_____
_____
Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)
soggetto erogante il trattamento pensionistico_____
_____
Pensionato dal _____

21) essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale come previsto dai decreti legislativi 256/91, 368/99 e 277/2003 conseguito il _____
Presso la Regione _____ triennio _____/_____

NOTE: _____
_____
_____
_____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data _____ Firma _____

(1) - cancellare la parte che non interessa
(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"
La sottoscrizione non va autenticata ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000Per rendere valida la dichiarazione sostitutiva è sufficiente allegare la fotocopia del documento di identità.

Modulo AP-6

DICHIARAZIONE DI ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

DPR 445/2000 art. 46 e 47

TAG: BUR2025

Il/la sottoscritto/a Dr._____ nato a _____

prov._____il_____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____CAP _____ tel. _____

Email_____

PEC_____

Relativamente al procedimento telematico allegato alla presente dichiarazione per:

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA PRESSO LE AZIENDE USL DELLA REGIONE UMBRIA - ANNO 2025

Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n.445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- Che gli obblighi relativi al pagamento dell'imposta di bollo sono stati assolti e che la presente marca da bollo (indicare di seguito il numero identificativo e la data)

Valore marca da bollo € 16,00 Numero Identificativo _____ Data _____	Spazio per apposizione marca da bollo da € 16,00

viene utilizzata esclusivamente per la presente istanza

DICHIARA INOLTRE

- Di aver provveduto ad annullare (apponendovi la data dell'istanza) la predetta 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.

Data _____ firma per esteso _____

La presente dichiarazione va corredata da copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE N. 2
TERNI
SERVIZIO: UFFICIO CENTRALE REGIONALE PER I RAPPORTI CONVENZIONALI

Avviso E.S.T. (118) - Avviso di pubblicazione incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) prima rilevazione anno 2025. Scadenza ore 23:59 del 25 agosto 2025.

Ai sensi di quanto stabilito nelle DD.GG.RR Umbria nn.4495/97, 1609/99, in attuazione dell'art.63 del vigente ACN per la Medicina Generale, si pubblica l'elenco degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) individuati dalle Aziende Sanitarie della Regione Umbria – prima rilevazione anno 2025.

Azienda USL Umbria 1

ATTIVITA'	*POSTI*	*AMBITO TERRITORIALE*
Emergenza Sanitaria Territoriale	**28**	Presidi Ospedalieri Aziendali

Azienda USL Umbria 2

ATTIVITA'	*POSTI*	*AMBITO TERRITORIALE*
Emergenza Sanitaria Territoriale	**14**	Ambito Aziendale

Azienda Ospedaliera di Perugia

ATTIVITA'	*POSTI*	*AMBITO TERRITORIALE*
Emergenza Sanitaria Territoriale	**4**	Ambito Aziendale

Azienda Ospedaliera di Terni

ATTIVITA'	*POSTI*	*AMBITO TERRITORIALE*
Emergenza Sanitaria Territoriale	**5**	Ambito Aziendale

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE:

Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso dell'attestato di idoneità al Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione, come previsto nell'articolo 66 del vigente ACN MMG

Le tipologie di medici che potranno presentare domanda con la presente pubblicazione sono le seguenti:

1. i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale in un'Azienda della Regione Umbria o in un'Azienda di altra Regione, a condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno due anni dell'incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;
2. i medici inclusi nella **graduatoria unica di Medicina Generale della Regione Umbria valida per l'anno 2025 – Pubblicata sul B.U.R.U. serie avvisi e concorsi n. 49 del 12/11/2024.**
3. i medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza **(31/01/2024)** della presentazione della domanda di inclusione **nella graduatoria regionale valida per l'anno 2025** autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda per gli incarichi vacanti.
4. I medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nel punto precedente.
5. Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Umbria di cui all'**Art. 9 co.1 D.L. n.135/2018 convertito dalla Legge n.12/2019**.
6. Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Umbria di cui all'**Art.12 comma 3 D.L. n.35/2019 convertito dalla Legge n.60/2019**.
7. Medici destinatari della norma di cui all'**Art. 1 commi 272 e 273 della legge 30/12/2021 n. 234** in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'emergenza sanitaria territoriale, in servizio presso le strutture del sistema di emergenza –urgenza territoriale 118, che alla data di entrata in vigore della L. n. 234/2021 (01/01/2022) ha maturato un'anzianità lavorativa di almeno trentasei mesi; a determinare il requisito di anzianità lavorativa di cui al precedente periodo concorrono periodi di attività, anche non continuativi, effettuati negli ultimi 10 anni, nei servizi di emergenza–urgenza 118 con incarico convenzionale a tempo determinato.

ORDINE DI PRIORITA'

Per il conferimento degli incarichi si applicano le norme di cui all'art.63 del vigente A.C.N. MMG che prevedono il rispetto del seguente ordine di priorità:

1) **per trasferimento (art.63 c.6 lettera a):** I medici titolari di incarico a tempo indeterminato nell'Emergenza Sanitaria Territoriale in un'Azienda della Regione Umbria o in un'Azienda di altra Regione, a condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da due anni dell'incarico dal quale provengono.
   I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda ed i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;

   Tali medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato nell'Emergenza Sanitaria Territoriale, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 22, comma 1 del vigente A.C.N. MMG. In caso di pari posizione sono graduati nell'ordine di minore metà, voto di laurea ed anzianità di laurea.

   Ai sensi dell'art.63 c.7 del vigente ACN MMG, i medici già titolari d'incarico di Emergenza Sanitaria Territoriale a tempo indeterminato, possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

   Ai sensi di quanto stabilito nell'art.63 comma 16 del vigente ACN MMG, Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

2) per graduatoria (art.63 c.6 lettera b): i medici inclusi nella graduatoria unica di medicina generale della Regione Umbria valida per l'anno 2025 pubblicata sul B.U.R.U. – serie avvisi e concorsi n. 49 del 12/11/2024 i medici sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- punteggio riportato nella graduatoria regionale sopra richiamata;
- punti 5 a coloro che nell'azienda nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
- punti 20 ai medici residenti nell'ambito della regione Umbria da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;

3) **art.63 c.6 lettera c) e lettera d):** i 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 (31/01/2024) valida per l'anno 2025, e medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale non compresi nella lettera c) autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti.

Tali medici sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

4) **art. 63 c. 6 lettera e):** i medici di cui all'Art.9 co.1 del D.L. n.135/2018 convertito dalla Legge n.12/2019 frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale nella regione dell'Umbria.

5) **art. 63 co.6 lettera f):** i medici di cui all'Art. 12 co.3 del D.L. n.35/2010 convertito dalla Legge n.60/2019, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale nella regione dell'Umbria.

I medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale sono graduati, nel rispetto della annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

6) **art. 1 commi 272 e 273 della legge 30/12/2021 n. 234:** in subordine in caso di mancata assegnazione, gli eventuali incarichi rimasti vacanti sono attribuiti ai Medici destinatari della norma di cui all'Art. 1 commi 272 e 273 della legge 30/12/2021 n. 234 in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'emergenza sanitaria territoriale, in servizio presso le strutture del sistema di emergenza –urgenza territoriale 118, che alla data di entrata in vigore della L. n. 234/2021 (01/01/2022) ha maturato un'anzianità lavorativa di almeno trentasei mesi; a determinare il requisito di anzianità lavorativa di cui al precedente periodo concorrono periodi di attività, anche non continuativi, effettuati negli ultimi 10 anni, nei servizi di emergenza–urgenza 118 con incarico convenzionale a tempo determinato.

I medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo determinato, come sopra determinata detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art.22 comma 1 dell'ACN 04/04/2024
In caso di pari anzianità di servizio, i medici son graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

Procedimento di formazione delle graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vacanti

Le graduatorie verranno formulate ed utilizzate per l'assegnazione degli incarichi vacanti, ai medici nel rispetto delle priorità sopraindicate:

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:
I medici aspiranti al conferimento dell'incarico dovranno presentare apposita domanda (in regola con l'imposta di bollo) **esclusivamente tramite PEC** al seguente indirizzo: **aslumbria2@postacert.umbria.it** entro venti giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso nel Bollettino Ufficiale Regione Umbria.

Si precisa che il termine di arrivo è tassativo e farà fede la data di ricezione per la trasmissione a mezzo PEC. L'Azienda non risponde di eventuali ritardi imputabili al servizio telematico. Non verranno considerate valide le domande inoltrate con modalità diverse dall'invio tramite PEC, quale ne sia la causa.

Tutta la documentazione (modulo di domanda – modulo assolvimento imposta di bollo – autocertificazione informativa - documento di identità) dovrà essere allegata in unico file in formato pdf.

L'oggetto della PEC dovrà contenere esclusivamente la seguente dicitura:

"INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE – PRIMA PUBBLICAZIONE ANNO 2025".

Per l'assolvimento dell'imposta di bollo di € 16,00 dovrà essere allegato il modulo EST-6

Alla domanda di partecipazione dovrà essere allegata copia non autenticata di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

Alla domanda gli aspiranti dovranno allegare apposita dichiarazione sostitutiva di atto notorio utilizzando il modulo all'uopo predisposto (Modulo EST-7).

La sottoscrizione della domanda e del modulo di autocertificazione non sono soggetti ad autenticazione qualora presentate unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

CONVOCAZIONE:

Ai sensi dell'art. 63, co.14 ACN/2024 MMG i candidati ammessi sono convocati per il **giorno 16 settembre 2025 alle ore 09:00** presso la sede di Spoleto dell'Azienda Usl Umbria 2 - sita a Piazza Dante Perilli (Palazzina Micheli) piano primo - per manifestare la propria disponibilità all'assegnazione alla carenza, tenendo conto della opzione manifestata nella domanda di partecipazione ed in considerazione dell'ammissione.
Qualora l'aspirante ammesso non sia interessato all'assegnazione della carenza è pregato di inviare apposita comunicazione al seguente indirizzo PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it
Si precisa che la mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.
Nel caso sia oggettivamente impossibilitato a presentarsi il candidato ammesso può dichiarare, mediante posta elettronica certificata, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali abbia presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati e gli si chiede di essere telefonicamente reperibile per il giorno della convocazione nella fascia oraria dalle 09:00 alle 13:00.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 REG. EU 679/2016

Ai sensi e per gli effetti della vigente disciplina in materia di protezione dei dati personali, la Azienda USL Umbria 2, nella sua qualità di titolare del trattamento, mette a disposizione dei partecipanti le informazioni di cui all'art.13 del Regolamento Europeo 679/2016 all'indirizzo internet http://www.uslumbria2.it/pagine/privacy-000"

Per informazioni gli interessati potranno telefonare ai seguenti numeri telefonici:
0743/210417 Fancelli Sabrina - 0744/204377 Cicciola Valentina - 075/5414237 Marchetti Donatella 075/5414257 Angeloni Daniela.

L'UFFICIO CENTRALE REGIONALE

T/0352 (*Gratuito*)

Modulo EST-1

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
Prima rilevazione anno 2025

per trasferimento
(art. 63 comma 6 lett. a) vigente ACN MMG)

TAG UCR25BUR

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: **aslumbria2@postacert.umbria.it**

Oggetto: INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE – PRIMA PUBBLICAZIONE ANNO 2025

Il/la sottoscritto/a Dr._____ nato a _____

prov._____il_____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____CAP _____ tel. _____

Email_____

PEC_____

Titolare di incarico a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.63, comma 6 lett.a), del vigente ACN per la medicina generale per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione UMBRIA n. ….. del ……::…. come di seguito indicato:
(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):

AZIENDA USL UMBRIA 1		
ATTIVITA'	**AMBITO TERRITORIALE**	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Presidi Ospedalieri Aziendali	

AZIENDA USL UMBRIA 2		
ATTIVITA'	**AMBITO TERRITORIALE**	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Presidi Ospedalieri Aziendali	

AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA		
ATTIVITA'	**AMBITO TERRITORIALE**	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Azienda Ospedaliera di Perugia	

AZIENDA OSPEDALIERA DI TERNI		
ATTIVITA'	**AMBITO TERRITORIALE**	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Azienda Ospedaliera di Terni	

Modulo EST-1

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci (in virtù di quanto stabilito dall'Art.76 del DPR 445/2000), ai sensi degli Artt.46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

A) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'università degli studi di_____in data_____

con voto_____(Specificare se il voto è espresso sul massimo di 100 oppure 110);

B) di essere iscritto all'Ordine dei Medici di_____;

C) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Emergenza Sanitaria Territoriale presso l'Azienda USL di_____della Regione _____ dal_____
(detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 22, comma 1 vigente A.C.N. MMG)

D) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Emergenza Sanitaria Territoriale come di seguito elencato:

dal_____al_____presso ASL_____Regione_____

dal_____al_____presso ASL_____Regione_____

dal_____al_____presso ASL_____Regione_____
(detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art.22, comma 1 vigente ACN MMG)

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :
- ❑ la propria residenza
- ❑ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____
(non soggetta ad autenticazione)

N.B
Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza (Art.63 comma 16 vigente ACN MMG).

Si allega in un unico file formato pdf:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione (modulo EST-6).
- Autocertificazione informativa (modulo EST-7)

Modulo EST-2

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
Prima rilevazione anno 2025

(per graduatoria)

MEDICI PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA

ANNO 2025

art.63 comma 6 lettera b) del vigente A.C.N. MMG

TAG UCR25BUR

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: **aslumbria2@postacert.umbria.it**

Oggetto: INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE – PRIMA PUBBLICAZIONE ANNO 2025

Il/la sottoscritto/a Dr._____ nato a _____

prov._____il_____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____CAP _____ tel. _____ a far data dal _____

proveniente dal Comune di _____ove risultava residente dal _____

e residente nel territorio della regione _____dal_____

inserito nella Graduatoria della Regione Umbria Anno 2025 al n._____ con punti _____

Email_____

PEC_____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.63, comma 6 lett.b) del vigente ACN MMG per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione UMBRIA n. …… del ……. come di seguito indicato:
(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):

AZIENDA USL UMBRIA 1		
ATTIVITA'	**AMBITO TERRITORIALE**	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Presidi Ospedalieri Aziendali	

AZIENDA USL UMBRIA 2		
ATTIVITA'	**AMBITO TERRITORIALE**	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Presidi Ospedalieri Aziendali	

AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA		
ATTIVITA'	**AMBITO TERRITORIALE**	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Azienda Ospedaliera di Perugia	

Modulo EST-2

AZIENDA OSPEDALIERA DI TERNI	
ATTIVITA'	**AMBITO TERRITORIALE**
Emergenza Sanitaria Territoriale	Azienda Ospedaliera di Terni

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000:

DICHIARA

1) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di……..……in data……..….con voto…..…….. *(specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)*

2) di essere iscritto all'Ordine dei medici_____

3) di essere iscritto nella graduatoria regionale per la medicina generale valevole per il 2025 al n…… con punti…..…..

4) di essere residente nel Comune di ……. prov…… dal (gg/mm/aaaa) ……..
Precedenti residenze: indicare (gg/mm/aaaa)
Dal…….al…….Comune di……
Dal…….al…….Comune di……
Dal…….al…….Comune di……
Dal…….al…….Comune di……
(per l'attribuzione del punteggio aggiuntivo, *la residenza è valutata da almeno due anni antecedenti il termine ultimo di presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale, **31/01/2022**, di cui all'art. 63 co.9 lett.b e lett.c vigente ACN MMG*),

5) **di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto dall'art. 66 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, conseguito presso l'Azienda USL di _____Regione_____ in data _____**

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :
- ❑ la propria residenza
- ❑ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso _____**
(non soggetta ad autenticazione)

N.B. Il medico che accetta l'incarico non può concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi di E.S.T. in base alla medesima graduatoria regionale (Anno 2025).

Si allega in un unico file pdf:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione (modulo EST-6).
- Autocertificazione informativa (modulo EST-7)

Modulo EST-3

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
Prima rilevazione anno 2025

MEDICI NON PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA ANNO 2025

che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale ma non presenti nella graduatoria unica regionale MMG pubblicata nel BURU n. 49 del 12/11/2024

e Medici in possesso del titolo di formazione specifico in Medicina Generale non compresi nel punto sopra indicato

(art.63 comma 6 lettera c) e lettera d) del vigente A.C.N. MMG)

TAG UCR25BUR

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: **aslumbria2@postacert.umbria.it**

Oggetto: INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE – PRIMA PUBBLICAZIONE ANNO 2025

Il/la sottoscritto/a Dr._____ nato a _____

prov._____il_____ codice fiscale _____

residente a_____ prov._____ via _____

n. _____CAP _____ tel. _____

Email_____

PEC_____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.63 comma 6, lett. c) e lett. d) del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n….. del ……. e segnatamente per gli ambiti sotto indicati **(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

AZIENDA USL UMBRIA 1		
ATTIVITA'	**AMBITO TERRITORIALE**	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Presidi Ospedalieri Aziendali	

AZIENDA USL UMBRIA 2		
ATTIVITA'	**AMBITO TERRITORIALE**	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Presidi Ospedalieri Aziendali	

Modulo EST-3

AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA		
ATTIVITA'	**AMBITO TERRITORIALE**	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Azienda Ospedaliera di Perugia	

AZIENDA OSPEDALIERA DI TERNI		
ATTIVITA'	**AMBITO TERRITORIALE**	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Azienda Ospedaliera di Terni	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000:

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data_____ con voto _____; (*specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)*

2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;

3. di essere in possesso del diploma di formazione specifica in Medicina Generale conseguito il _____ presso la Regione_____

4. **di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto dall'art. 66 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale conseguito presso l'Azienda USL di:_____ Regione_____in data_____**

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :
- ❑ la propria residenza
- ❑ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____
(non soggetta ad autenticazione)

N.B. Il medico che accetta l'incarico non può concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi di E.S.T. in base alla medesima graduatoria regionale (Anno 2025).

Si allega in un unico file pdf:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione (modulo EST-6).
- Autocertificazione informativa (modulo EST-7)

Modulo EST-4

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
Prima rilevazione anno 2025

PER I MEDICI FREQUENTANTI IL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE NELLA REGIONE UMBRIA
-Art.9 comma 1 del D.L. 135 del 14/12/2018 convertito con la Legge n. 12 del 11/02/2019
-Art.12 comma 3 del D.L. 30/04/2019 convertito con la Legge n.60 del 25/06/2019

TAG UCR25BUR

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: **aslumbria2@postacert.umbria.it**

Oggetto: INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE – PRIMA PUBBLICAZIONE ANNO 2025

Il/la sottoscritto/a Dr.._____ nato a _____

prov._____il_____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____CAP _____ tel. _____

Email_____

PEC_____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.63 del vigente ACN per la MMG, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. ….. del …….. e segnatamente per gli ambiti sotto indicati **(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

AZIENDA USL UMBRIA 1		
ATTIVITA'	**AMBITO TERRITORIALE**	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Presidi Ospedalieri Aziendali	

AZIENDA USL UMBRIA 2		
ATTIVITA'	**AMBITO TERRITORIALE**	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Presidi Ospedalieri Aziendali	

AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA		
ATTIVITA'	**AMBITO TERRITORIALE**	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Azienda Ospedaliera di Perugia	

AZIENDA OSPEDALIERA DI TERNI		
ATTIVITA'	**AMBITO TERRITORIALE**	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Azienda Ospedaliera di Terni	

Modulo EST-4

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000:

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data_____ con voto _____; (*specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);*

2. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita in data …….. o nella sessione n. ……. dell'anno …….., presso l'Università di ……;

3. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;

4. di frequentare, ai sensi **dell'Art.9 D.L. N.135 del 14/12/2018 convertito con la Legge n. 12 del 11/02/2019,** il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale...../.....presso la Regione Umbria iniziato in data.....(barrare annualità di frequenza): 1° 2° 3°;

5. di frequentare, con iscrizione ai sensi **dell'Art.12 comma 3 del D.L. 30/04/2019 n.35 convertito, dalla Legge n. 60 del 25/06/2019,** il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale...../.....presso la Regione Umbria iniziato in data.....(iscrizione tramite graduatoria riservata) (barrare annualità di frequenza): 1° 2° 3°;

6. **di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, conseguito presso l'Azienda USL di……Regione……in data ……**

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :
- ❑ la propria residenza
- ❑ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso _____**
(non soggetta ad autenticazione)

Si allega in un unico file pdf:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione (modulo EST-6).
- Autocertificazione informativa (modulo EST-7)

Modulo EST- 5

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
Prima rilevazione anno 2025

(medici di cui all'art.1 commi 272 e 273 della legge n.234 del 30 dicembre 2021)

TAG UCR25BUR

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: **aslumbria2@postacert.umbria.it**

Oggetto: INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE – PRIMA PUBBLICAZIONE ANNO 2025

Il/la sottoscritto/a Dr.._____ nato a _____

prov._____il_____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____CAP _____ tel. _____

Email_____

PEC_____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dai commi 272 e 273 del'art.1 della legge n. 234 del 30 dicembre 2021 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024) per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione UMBRIA n. …… del …….. come di seguito indicato:
(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):

AZIENDA USL UMBRIA 1		
ATTIVITA'	**AMBITO TERRITORIALE**	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Presidi Ospedalieri Aziendali	

AZIENDA USL UMBRIA 2		
ATTIVITA'	**AMBITO TERRITORIALE**	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Presidi Ospedalieri Aziendali	

AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA		
ATTIVITA'	**AMBITO TERRITORIALE**	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Azienda Ospedaliera di Perugia	

AZIENDA OSPEDALIERA DI TERNI		
ATTIVITA'	**AMBITO TERRITORIALE**	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Azienda Ospedaliera di Terni	

Modulo EST- 5

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci (in virtù di quanto stabilito dall'Art.76 del DPR 445/2000), ai sensi degli Artt.46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'università degli studi di_____in data_____ con voto_____(specificare se il voto è espresso sul massimo di 100 oppure 110);

2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di_____;

3. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto dall'art. 66 del vigente ACN MMG, conseguito presso l'Azienda Usl di:_____, Regione:_____ in data:_____;

4. di essere attualmente titolare di incarico convenzionale a tempo determinato di Emergenza Sanitaria Territoriale ,presso l'Azienda USL _____di _____ Regione _____ dal _____;

5. di aver maturato alla data del 01/01/2022 un'anzianità lavorativa di almeno trentasei mesi determinata da periodi di attività, anche non continuativi, effettuati negli ultimi dieci anni a decorrere dal 01/01/2012, nei servizi di emergenza-urgenza 118 con incarico convenzionale a tempo determinato di Emergenza Sanitaria Territoriale, di seguito elencati:

   dal_____al_____presso ASL_____Regione_____

   dal_____al_____presso ASL_____Regione_____

   dal_____al_____presso ASL_____Regione_____

   dal_____al_____presso ASL_____Regione_____

   (detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art.22, comma 1 vigente ACN per la MMG);

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :
- ❑ la propria residenza
- ❑ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso _____**
(non soggetta ad autenticazione)

Si allega in un unico file pdf:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione (modulo EST-6).
- Autocertificazione informativa (modulo EST-7)

Modulo EST - 6

DICHIARAZIONE DI ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

DPR 445/2000 art. 46 e 47

TAG UCR25BUR

Il/la sottoscritto/a Dott._____ nato a _____

prov._____il_____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____CAP _____ tel. _____

Email_____

PEC_____

Relativamente al procedimento telematico allegato alla presente dichiarazione per:

Avviso di Pubblicazione dei posti vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) Prima rilevazione anno 2025

Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n.445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- Che l'imposta di bollo è stata assolta 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 numero 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.

Data _____ firma per esteso _____

La presente dichiarazione va corredata da copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

EST-7

TAG UCR25BUR

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)
(art.47 D.P.R. 445/2000, novellato dalla L. 189/2012)

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____(_____) il _____

residente in _____ (___) Via/Piazza_____ n. ___
_____ n° _____

iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____ai sensi e

agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000.

DICHIARA FORMALMENTE DI

1) essere - non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria a ciclo di scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di_____Azienda_____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte
Periodo: dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)
Azienda _____ branca _____ ore sett._____
Azienda _____ branca _____ ore sett._____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
Provincia _____ branca _____
Periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:
Azienda_____ Via _____
Tipo di attività _____
Periodo: dal _____

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di assistenza primaria ad attività oraria (ex continuità assistenziale) o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra regione (2):
Regione _____ Azienda _____ ore sett._____
in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

EST-7

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:
Denominazione del corso _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio: dal _____

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs 9 aprile 2008 n.81:
Azienda___ _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)
Azienda _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)
_____
_____
Periodo: dal _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:
_____
_____

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
Periodo: dal _____

EST-7

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

_____
_____
Periodo: dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato:(1) (2)

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____
Tipo di attività _____
Periodo: dal _____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):
Soggetto pubblico _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro: _____
Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

_____
_____
Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)
soggetto erogante il trattamento pensionistico_____
_____
Pensionato dal _____

21) essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale come previsto dai decreti legislativi 256/91, 368/99 e 277/2003 conseguito il _____
Presso la Regione _____ triennio _____/_____

NOTE: _____
_____
_____
_____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data _____ Firma _____

(1) - cancellare la parte che non interessa
(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"
La sottoscrizione non va autenticata ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000Per rendere valida la dichiarazione sostitutiva è sufficiente allegare la fotocopia del documento di identità.

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE UMBRIA N. 1
PERUGIA

Avviso assistenza negli istituti penitenziari - Avviso di pubblicazione ordinaria incarichi vacanti medici di assistenza penitenziaria presso l'Azienda USL Umbria 1 anno 2025.

Ai sensi dell'art. 72 dell'ACN per la Medicina Generale del 04/04/2024 si pubblica l'elenco degli incarichi vacanti di Medico di Assistenza Penitenziaria presso l'Azienda USL Umbria 1 – Casa Circondariale di Perugia "Capanne".

Azienda USL Umbria 1 – Casa Circondariale di Perugia "Capanne"

ATTIVITA'	*POSTI*
Assistenza negli Istituti Penitenziari	**7**

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE:

Le tipologie di medici che potranno presentare domanda con la presente pubblicazione sono le seguenti:

1. i medici in possesso dei requisiti per il trasferimento, ovvero i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria da almeno un anno;

2. i medici inclusi nella graduatoria unica di medicina generale della Regione Umbria valida per l'anno 2025 – pubblicata sul B.U.R.U. – serie avvisi e concorsi n. 49 del 12/11/2024;

3. i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza (31/01/2024) della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2025 autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda per l'assegnazione di incarichi vacanti;

4. I medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nella lettera precedente;

5. i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Umbria;

6. i medici di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Umbria.

ORDINE DI PRIORITA'

Per il conferimento degli incarichi si applicano le norme di cui all'art.72 dell'ACN-MMG del 04/04/2024 che prevedono il rispetto del seguente ordine di priorità:

a) **per trasferimento (articolo 72 comma 4):** i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento e sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato nell'assistenza penitenziaria detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;

Per la valutazione dell'anzianità di incarico il termine finale per il calcolo del periodo di anzianità è dato dalla data di scadenza per la presentazione della domanda degli ambiti territoriali carenti pubblicati nel B.U.R.U.
In caso di pari posizione i medici sono graduati nell'ordine della minore metà, voto di laurea ed anzianità di laurea.

Ai sensi di quanto stabilito dal medesimo art.72, comma 10, il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza.
La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

b) **per graduatoria (art.72 comma 5): i medici inclusi nella graduatoria unica di medicina generale della Regione Umbria** valida per l'anno 2025 pubblicata sul B.U.R.U. – serie avvisi e concorsi n. 49 del 12/11/2024, graduati nell'ordine risultante dall'applicazione dei seguenti criteri:

- attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale;
- attribuzione di punti 5 a coloro che nell'ambito dell'Azienda nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (31/01/2022) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
- attribuzione di punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione Umbria da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (31/01/2022) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

In caso di pari posizione i medici sono graduati nell'ordine della minore metà, voto di laurea ed anzianità di laurea.

c) **i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31/01/2024) valida per l'anno 2025,** autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti.

Tali medici sono graduati ai sensi dell'art. 72, comma 7, nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e anzianità di laurea, con priorità per i residenti nell'ambito aziendale dichiarato carente, in seguito nella Regione Umbria e da ultimo fuori Regione.

d) i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nella lettera precedente, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti**;**

Tali medici sono graduati ai sensi dell'art. 72, comma 7, nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e anzianità di laurea, con priorità per i residenti nell'ambito aziendale dichiarato carente, in seguito nella Regione Umbria e da ultimo fuori Regione.

e) i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione

Tali medici sono graduati ai sensi dell'art. 72, comma 8, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea, con priorità per i residenti nell'ambito aziendale dichiarato carente, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

f) i medici di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione.

Tali medici sono graduati ai sensi dell'art. 72, comma 8, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea, con priorità per i residenti nell'ambito aziendale dichiarato carente, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

Procedimento di formazione delle graduatorie per l'assegnazione delle carenze

Le graduatorie verranno formulate ed utilizzate per l'assegnazione delle carenze ai medici, nel rispetto delle priorità sopra indicate, secondo quanto stabilito dall'art. 72 comma 9:

1° per trasferimento;

2° per graduatoria, medici inclusi nella graduatoria unica di medicina generale della Regione Umbria – Anno 2025;

3° medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31/01/2024) valida per l'anno 2025;

4° medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nel punto precedente;

5° medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Umbria;

6° medici di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Umbria.

Attribuzione degli incarichi

I candidati ammessi sono convocati per il giorno **10 settembre 2025 alle ore 9:00** presso la sede di Spoleto dell'Azienda Usl Umbria 2 - sita a Piazza Dante Perilli (Palazzina Micheli) piano primo - per manifestare la propria disponibilità all'assegnazione alla carenza, tenendo conto della opzione manifestata nella domanda di partecipazione ed in considerazione dell'ammissione.
Qualora l'aspirante ammesso non sia interessato all'assegnazione della carenza è pregato di inviare apposita comunicazione al seguente indirizzo Pec: **aslumbria1@postacert.umbria.it**
Si precisa che la mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.
Nel caso sia oggettivamente impossibilitato a presentarsi il candidato ammesso può dichiarare, mediante posta elettronica certificata, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali abbia presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati e gli si chiede di essere telefonicamente reperibile per il giorno della convocazione nella fascia oraria dalle 9:00 alle 13:00.
L'Azienda provvede alla convocazione di tutti i medici aventi titolo alla assegnazione degli incarichi con un preavviso di 15 (quindici) giorni. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare mediante posta elettronica certificata, la propria disponibilità all'accettazione. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 21 dell'ACN-MMG del 4/04/2024 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.
L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, ovvero l'incarico, **di almeno 24 ore settimanali**, temporaneo ai medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante PEC, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici. Al medico con incarico temporaneo è corrisposto il trattamento economico di cui all'articolo 75.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:

I medici aspiranti al conferimento dell'incarico dovranno presentare apposita domanda (in regola con l'imposta di bollo) **esclusivamente tramite PEC** al seguente indirizzo: **aslumbria1@postacert.umbria.it**

Si precisa che l'oggetto della Pec dovrà contenere la seguente dicitura:
"DOMANDA MEDICO DI ASSISTENZA PENITENZIARIA PUBBLICAZIONE 2025"

Le domande devono pervenire, utilizzando i moduli allegati, all'Azienda USL Umbria 1 entro venti giorni dalla pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale Regione Umbria.
Ad ogni messaggio PEC trasmesso deve corrispondere un'unica domanda.
I termini per la presentazione delle domande sono perentori. I giorni festivi si computano nel termine e, se il giorno di scadenza fosse festivo, la scadenza è prorogata di diritto al primo giorno seguente non festivo.

Ai fini della verifica della trasmissione della domanda entro il termine utile, farà fede l'avviso di consegna della PEC.

Non verranno considerate valide le domande inoltrate oltre il termine di scadenza sopra indicato e con modalità diverse dall'invio tramite PEC, quale ne sia la causa.

Per l'assolvimento dell'imposta di bollo di € 16,00 dovrà essere allegato il modulo AIP- 6

Alla domanda di partecipazione dovrà essere allegata copia non autenticata di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 REG. EU 679/2016

Ai sensi e per gli effetti della vigente disciplina in materia di protezione dei dati personali, la Azienda USL Umbria 2, nella sua qualità di titolare del trattamento, mette a disposizione dei partecipanti le informazioni di cui all'art.13 del Regolamento Europeo 679/2016 all'indirizzo internet https://www.uslumbria1.it/pagine/privacy

Per informazioni gli interessati potranno telefonare ai seguenti numeri telefonici:
Angeloni Daniela 075-5414257 - Marchetti Donatella 075-5414237.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Emanuele Ciotti

T/0353 (*Gratuito*)

Modulo AIP-1

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA per trasferimento

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO da €16,00

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

All'Azienda USL Umbria 1
PEC: **aslumbria1@postacert.umbria.it**

Il/la sottoscritto/a Dott._____ nato a _____

prov._____il_____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____CAP _____ tel. _____ titolare di incarico a tempo

indeterminato di Assistenza negli Istituti Penitenziari

Email_____

PEC_____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 72, comma 3, lett. a), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 04/04/2024, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza negli istituti penitenziari pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. ____ del_____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati **(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

AZIENDA USL UMBRIA 1		
ATTIVITA'	**AMBITO**	
Assistenza negli Istituti Penitenziari	Casa Circondariale di Perugia "Capanne"	

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci (in virtù di quanto stabilito dall'Art.76 del DPR 445/2000), ai sensi degli Artt.46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

A) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'università degli studi di_____in data_____

con voto_____(Specificare se il voto è espresso sul massimo di 100 oppure 110);

B) di essere iscritto all'Ordine dei Medici di_____;

Modulo AIP-1

C) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza negli Istituti Penitenziari presso l'Azienda USL di_____ ambito territoriale di _____ della Regione _____dal_____ (detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 72, comma 4 ACN MMG 04/04/2024);

D) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza negli Istituti Penitenziari come di seguito elencato:

dal_____al_____presso ASL_____Regione_____

dal_____al_____presso ASL_____Regione_____

dal_____al_____presso ASL_____Regione_____
(detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 72, comma 4 ACN MMG 04/04/2024);

E) di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :
- ❑ la propria residenza
- ❑ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso _____**
(non soggetta ad autenticazione)

N.B
Il medico che concorre all'assegnazione di un incarico vacante per trasferimento ed accetta l'incarico decade dall'iscrizione nell'elenco della USL di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione.

Modulo AIP-2

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA
(per graduatoria)

PER I MEDICI PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA
ANNO 2025
Art. 72, comma 3, lettera b) dell'ACN MMG del 04/04/2024

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

All'Azienda USL Umbria 1
PEC: **aslumbria1@postacert.umbria.it**

Il/la sottoscritto/a Dott._____ nato a _____

prov._____il_____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____CAP _____ tel. _____ a far data dal _____

proveniente dal Comune di _____ove risultava residente dal _____

e residente nel territorio della regione _____dal _____

inserito nella Graduatoria della Regione Umbria Anno 2025 al n._____ con punti _____

Email_____

PEC_____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 72, comma 3, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 04/04/2024, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza negli istituti penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati **(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

AZIENDA USL UMBRIA 1		
ATTIVITA'	**AMBITO**	
Assistenza negli Istituti Penitenziari	Casa Circondariale di Perugia "Capanne"	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000:

Modulo AIP-2

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____; (*specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)*

2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;

3. di non essere titolare di rapporto convenzionale con incarico a tempo indeterminato di medico di assistenza penitenziaria.

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :
- ❑ la propria residenza
- ❑ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso _____**
(non soggetta ad autenticazione)

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione.

Modulo AIP-3

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA

PER I MEDICI NON PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA ANNO 2025

che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della domanda di inclusione in detta graduatoria (BURU n. 49 del 12/11/2024)

e Medici in possesso del titolo di formazione specifico in Medicina Generale non compresi nel punto sopra indicato

Art. 72, comma 3, lettera c) e lettera d) dell' ACN MMG del 04/04/2024

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO da €16,00

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

All'Azienda USL Umbria 1
PEC: aslumbria1@postacert.umbria.it

Il/la sottoscritto/a Dott._____ nato a _____

prov._____il_____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____CAP _____ tel. _____ a far data dal _____

proveniente dal Comune di _____ove risultava residente dal _____

e residente nel territorio della regione _____dal_____

Email_____

PEC_____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 72, comma 3, lett. c) e lett. d) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 04/04/2024, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza negli istituti penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati **(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

AZIENDA USL UMBRIA 1		
ATTIVITA'	**AMBITO**	
Assistenza negli Istituti Penitenziari	Casa Circondariale di Perugia "Capanne"	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000:

Modulo AIP-3

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____; (*specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)*

2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;

3. **di essere in possesso del diploma di formazione specifica in Medicina Generale**

   conseguito il _____ presso la Regione _____

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :
- ❑ la propria residenza
- ❑ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso _____**
(non soggetta ad autenticazione)

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione.

Modulo AIP-4

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA

PER I MEDICI FREQUENTANTI IL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE NELLA REGIONE UMBRIA

Art.9 comma 1 del D.L. 135 del 14/12/2018 convertito con la Legge n. 12 del 11/02/2019
Art.12 comma 3 del D.L. 30/04/2019 convertito con la Legge n.60 del 25/06/2019

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

All'Azienda USL Umbria 1
PEC: **aslumbria1@postacert.umbria.it**

Il/la sottoscritto/a Dott._____ nato a _____

prov._____il_____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____CAP _____ tel. _____ a far data dal _____

proveniente dal Comune di _____ove risultava residente dal _____

e residente nel territorio della regione _____dal_____

Email_____

PEC_____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 72, comma 3, lett.re d) ed e) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 04/04/2024, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza negli istituti penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. ….. del …….. e segnatamente per gli ambiti sotto indicati **(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

AZIENDA USL UMBRIA 1		
ATTIVITA'	**AMBITO**	
Assistenza negli Istituti Penitenziari	Casa Circondariale di Perugia "Capanne"	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000:

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data_____
   con voto _____; (*specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);*

Modulo AIP-4

2. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita in data …….. o nella sessione n. ……. dell'anno …….., presso l'Università di ……;

3. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;

4. di frequentare, ai sensi **dell'Art.9 D.L. N.135 del 14/12/2018 convertito con la Legge n. 12 del 11/02/2019,** il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale...../.....presso la Regione _____ iniziato in data.....(barrare annualità di frequenza): 1° 2° 3°;

5. di frequentare, con iscrizione ai sensi **dell'Art.12 comma 3 del D.L. 30/04/2029 n.35 convertito, dalla Legge n. 60 del 25/06/2019,** il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale...../..... (iscrizione tramite graduatoria riservata) presso la Regione …….. iniziato in data..... (barrare annualità di frequenza): 1° 2° 3°;

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :
- ❑ la propria residenza
- ❑ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso _____**
(non soggetta ad autenticazione)

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione.

Modulo AIP-5

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)
(art.47 D.P.R. 445/2000, novellato dalla L. 189/2012)

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____(_____) il _____

residente in _____ (___) Via/Piazza_____ n. ___
_____ n° _____

iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____ai sensi e

agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000.

DICHIARA FORMALMENTE DI

1) essere - non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di_____Azienda_____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte
Periodo: dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)
Azienda _____ branca _____ ore sett._____
Azienda _____ branca _____ ore sett._____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
Provincia _____ branca _____
Periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:
Azienda_____ Via _____
Tipo di attività _____
Periodo: dal _____

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra regione (2):
Regione _____ Azienda _____ ore sett._____
in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

Modulo AIP-5

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:
Denominazione del corso _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio: dal _____

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs 9 aprile 2008 n.81:
Azienda___ _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)
Azienda _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)
_____
_____
Periodo: dal _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:
_____
_____

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
Periodo: dal _____

Modulo AIP-5

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

_____
_____
Periodo: dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato:(1) (2)

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____
Tipo di attività _____
Periodo: dal _____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):
Soggetto pubblico _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro: _____
Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

_____
_____
Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)
soggetto erogante il trattamento pensionistico_____
_____
Pensionato dal _____

21) essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale come previsto dai decreti legislativi 256/91, 368/99 e 277/2003 conseguito il _____
Presso la Regione _____ triennio _____/_____

NOTE: _____
_____
_____
_____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede,

Data _____ Firma _____

(1) - cancellare la parte che non interessa
(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"
La sottoscrizione non va autenticata ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000Per rendere valida la dichiarazione sostitutiva è sufficiente allegare la fotocopia del documento di identità.

Modulo AIP-6

DICHIARAZIONE DI ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

DPR 445/2000 art. 46 e 47

Il/la sottoscritto/a Dott._____ nato a _____

prov._____il_____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____CAP _____ tel. _____

Email_____

PEC_____

Relativamente alla pubblicazione ordinaria per incarichi vacanti di Medici di Assistenza Penitenziaria presso l'Azienda USL Umbria 1 anno 2025.

Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n.445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- Che l'imposta di bollo è stata assolta 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 numero 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.

Data _____ firma per esteso _____

La presente dichiarazione va corredata da copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE UMBRIA N. 2
TERNI

Avviso assistenza negli istituti penitenziari - Avviso di pubblicazione degli incarichi vacanti medici di assistenza penitenziaria presso l'Azienda USL Umbria 2 anno 2025.

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale (proposta n. 1498 del 25/07/2025), ai sensi del combinato disposto art. 72 dell'ACN per la Medicina Generale del 4/04/2024 e della DGRU n. 1019 del 4/10/2023, si pubblica l'elenco degli incarichi vacanti di Medico di Assistenza Penitenziaria presso l'Azienda USL Umbria 2:

ATTIVITA'	***POSTI***
Assistenza negli Istituti Penitenziari dell'ambito Aziendale	16

ART. 1- REQUISITI DI PARTECIPAZIONE GENERALI

I medici che aspirano al conferimento degli incarichi di cui al presente Avviso non devono trovarsi nella condizione di cui all'articolo 21, comma 1, lettere f) e j) 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, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
- **b.** iscrizione all'Albo professionale.

ART. 2- REQUISITI DI PARTECIPAZIONE SPECIFICI

Le tipologie di medici che potranno presentare domanda con la presente pubblicazione sono le seguenti:

1. **Per trasferimento**: i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria da almeno un anno;

2. I medici inclusi nella **graduatoria unica di medicina generale della Regione Umbria** valida per l'anno 2025 – pubblicata sul B.U.R.U. – serie avvisi e concorsi n. 49 del 12 novembre 2024;

3. **I 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** (31/01/2024), autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda;

4. **I medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale**, non compresi nella lettera precedente;

5. **I medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione**;

6. **I medici di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione**.

ART. 3- ORDINE DI PRIORITA'

Per il conferimento degli incarichi si applicano le norme di cui all'art. 72 dell'ACN-MMG del 04/04/2024 che prevedono il rispetto del seguente ordine di priorità:

a) **per trasferimento (articolo 72 comma 4):** i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento e sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato nell'assistenza penitenziaria detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico.
Per la valutazione dell'anzianità di incarico il termine finale per il calcolo del periodo di anzianità è dato dalla data di scadenza per la presentazione della domanda degli ambiti territoriali carenti pubblicati sul B.U.R. della Regione Umbria.
In caso di pari posizione i medici sono graduati nell'ordine della minore metà, voto di laurea ed anzianità di laurea.
I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento.
Ai sensi di quanto stabilito dal medesimo art. 72, comma 10, il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

b) **per graduatoria (articolo 72 comma 5): i medici inclusi nella graduatoria unica di medicina generale della Regione Umbria** valida per l'anno 2024 pubblicata sul B.U.R.U. – serie avvisi e concorsi n. 49 del 12 novembre 2024, graduati nell'ordine risultante dall'applicazione dei seguenti criteri:

   - attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale;

   - attribuzione di punti 5 a coloro che nell'ambito dell'Azienda nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella

graduatoria regionale (31/01/2022) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;

- attribuzione di punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (31/01/2022) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

In caso di pari posizione i medici sono graduati nell'ordine della minore metà, voto di laurea ed anzianità di laurea.

c) **i 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** (31/01/2024), autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda al presente avviso.
Tali medici sono graduati ai sensi dell'**articolo 72 comma 7**, nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e anzianità di laurea, con priorità per i residenti nell'ambito aziendale dichiarato carente, in seguito nella Regione Umbria e da ultimo fuori Regione.

d) **i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nella lettera precedente,** autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti.
Tali medici sono graduati ai sensi dell'**articolo 72, comma 7**, nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e anzianità di laurea, con priorità per i residenti nell'ambito aziendale dichiarato carente, in seguito nella Regione Umbria e da ultimo fuori Regione.

e) **i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione;**
Tali medici sono graduati ai sensi dell'**articolo 72 comma 8**, sono graduati, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea, con priorità per i residenti nell'ambito aziendale dichiarato carente, in seguito nella Regione Umbria e da ultimo fuori Regione.

f) **i medici di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione.**
Tali medici sono graduati ai sensi del citato **articolo 72 comma 8**, sono graduati, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea, con priorità per i residenti nell'ambito aziendale dichiarato carente, in seguito nella Regione Umbria e da ultimo fuori Regione.

ART. 4- PROCEDIMENTO DI FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE PER L'ASSEGNAZIONE DELLE CARENZE

Le graduatorie verranno formulate ed utilizzate per l'assegnazione delle carenze ai medici, nel rispetto delle priorità sopra indicate, secondo quanto stabilito **dall'articolo 72 comma 9**: l'Azienda interpella i medici di cui al comma 3, lettera a), successivamente i medici di cui alla lettera b), i medici di cui alla lettera c), i medici di cui alla lettera d), i medici di cui alla lettera e) ed infine i medici di cui alla lettera f). I medici di cui alle lettere c), d), e) ed f) sono interpellati con priorità per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione.

ART. 5- ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI

I candidati ammessi sono convocati per il giorno **10 settembre 2025 alle ore 9:00** presso la sede di Spoleto dell'Azienda Usl Umbria 2 - sita a Piazza Dante Perilli (Palazzina Micheli) piano primo - per manifestare la propria disponibilità all'assegnazione alla carenza, tenendo conto della opzione manifestata nella domanda di partecipazione ed in considerazione dell'ammissione.
Qualora l'aspirante ammesso non sia interessato all'assegnazione della carenza è pregato di inviare apposita comunicazione al seguente indirizzo PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it
Si precisa che la mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.
Nel caso sia oggettivamente impossibilitato a presentarsi il candidato ammesso può dichiarare, mediante posta elettronica certificata, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali abbia presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati e gli si chiede di essere telefonicamente reperibile per il giorno della convocazione nella fascia oraria dalle 9:00 alle 13:00.
L'Azienda provvede alla convocazione di tutti i medici aventi titolo alla assegnazione degli incarichi con un preavviso di 15 (quindici) giorni. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare mediante posta elettronica certificata, la propria disponibilità all'accettazione. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 21 dell'ACN-MMG del 4/04/2024 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.
L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, ovvero l'incarico, **di almeno 24 ore settimanali**, temporaneo ai medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante PEC, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici. Al medico con incarico temporaneo è corrisposto il trattamento economico di cui all'articolo 75.

ART. 5- MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

I medici aspiranti al conferimento dell'incarico dovranno presentare apposita domanda con unico allegato (in regola con l'imposta di bollo) **esclusivamente tramite PEC** al seguente indirizzo: **aslumbria2@postacert.umbria.it**

Si precisa che l'oggetto della PEC dovrà contenere la seguente dicitura:

"DOMANDA MEDICI DI ISTITUTI PENITENZIARI – PUBBLICAZIONE BUR 2025"

Le domande devono pervenire, utilizzando i moduli allegati, all'Azienda USL Umbria 2 entro venti giorni dalla pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale Regione Umbria.
Ad ogni messaggio PEC trasmesso deve corrispondere un'unica domanda.
I termini per la presentazione delle domande sono perentori. I giorni festivi si computano nel termine e, se il giorno di scadenza fosse festivo, la scadenza è prorogata di diritto al primo giorno seguente non festivo.
Ai fini della verifica della trasmissione della domanda entro il termine utile, farà fede la notifica di consegna della PEC.

Non verranno considerate valide le domande inoltrate oltre il termine di scadenza sopra indicato e con modalità diverse dall'invio tramite PEC, quale ne sia la causa.

Per l'assolvimento dell'imposta di bollo di € 16,00 dovrà essere allegato apposito modulo.

Alla domanda di partecipazione dovrà essere allegata copia non autenticata di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 REG. EU 679/2016

Ai sensi e per gli effetti della vigente disciplina in materia di protezione dei dati personali, la Azienda USL Umbria 2, nella sua qualità di titolare del trattamento, mette a disposizione dei partecipanti le informazioni di cui all'art.13 del Regolamento Europeo 679/2016 all'indirizzo internet https://www.uslumbria2.it/pagine/privacy

Per informazioni gli interessati potranno telefonare ai seguenti numeri telefonici:
Valentina Cicciola 0744 204377 - Sabrina Fancelli 0743 210417

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Roberto Noto

T/0354 (*Gratuito*)

Modulo 1

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA
per trasferimento
Art. 72, comma 3, lettera a) dell'A.C.N. del 4/04/2024

TAG UCR25BUR

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

All'Azienda USL Umbria 2
PEC: **aslumbria2@postacert.umbria.it**

Il/la sottoscritto/a Dott._____ nato a _____

prov._____il_____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____CAP _____ tel. _____ titolare di incarico a tempo

indeterminato di Assistenza negli Istituti Penitenziari

Email_____

PEC_____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 72, comma 3, lett. a), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 4/04/2024, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza negli istituti penitenziari pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. ____ del_____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati **(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

AZIENDA USL UMBRIA 2		
ATTIVITA'	**AMBITO**	
Assistenza negli Istituti Penitenziari	Casa Circondariale di Terni	
	Casa di reclusione di Orvieto	
	Istituto Penitenziario di Spoleto	

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci (in virtù di quanto stabilito dall'Art.76 del DPR 445/2000), ai sensi degli Artt.46 e 47 del DPR 445/2000

Modulo 1

DICHIARA

A) di essere in possesso della cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;

B) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'università degli studi di_____in data_____

con voto_____(Specificare se il voto è espresso sul massimo di 100 oppure 110);

C) di essere iscritto all'Ordine dei Medici di_____;

D) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza negli Istituti Penitenziari presso l'Azienda USL di_____ ambito territoriale di _____ della Regione _____ dal_____ (detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 72, comma 4 ACN MMG 28/04/2022);

E) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza negli Istituti Penitenziari come di seguito elencato:

dal_____al_____presso ASL_____Regione_____

dal_____al_____presso ASL_____Regione_____

(detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 72, comma 4 ACN MMG 4/04/2024);

N.B
Il medico che concorre all'assegnazione di un incarico vacante per trasferimento ed accetta l'incarico decade dall'iscrizione nell'elenco della USL di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

DICHIARA ALTRESI'

- ☐ di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679;
- ☐ di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, allegata all'avviso;
- ☐ di essere a conoscenza che l'autorità competente potrà effettuare controlli sulle dichiarazioni sostitutive, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii.;
- ☐ che la marca da bollo con numero identificativo _____, figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria – anno 2025, trasmessa per PEC in data _____, è conforme all'originale in proprio possesso;
- ☐ di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 come da attestazione trasmessa unitamente alla presente domanda;
- ☐ di conservare l'originale della domanda di cui sopra per i controlli previsti dalla normativa vigente da parte dell'Amministrazione e di impegnarsi a produrla in sede di convocazione.

Data _____ **firma per esteso _____**
(non soggetta ad autenticazione

Si allega in unico file pdf:

Modulo 1

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione

Modulo 2

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA
(per graduatoria)

PER I MEDICI PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA ANNO 2025
Art. 72, comma 3, lettera b) dell'A.C.N. del 4/04/2024

TAG UCR25BUR

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

All'Azienda USL Umbria 2
PEC: **aslumbria2@postacert.umbria.it**

Il/la sottoscritto/a Dott._____ nato a _____

prov._____il_____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____CAP _____ tel. _____ a far data dal _____

proveniente dal Comune di _____ove risultava residente dal _____

e residente nel territorio della regione _____dal_____

inserito nella Graduatoria della Regione Umbria Anno 2025 al n._____ __con punti _____

Email_____

PEC_____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 72, comma 3, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 4/04/2024, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza negli istituti penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati **(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

AZIENDA USL UMBRIA 2		
ATTIVITA'	**AMBITO**	
Assistenza negli Istituti Penitenziari	Casa Circondariale di Terni	
	Casa di reclusione di Orvieto	
	Istituto Penitenziario di Spoleto	

Modulo 2

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

1. di essere in possesso della cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;

2. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____; (*specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)*

3. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;

4. di non essere titolare di rapporto convenzionale con incarico a tempo indeterminato di medico di assistenza penitenziaria.

DICHIARA ALTRESI'

- ☐ di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679;
- ☐ di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, allegata all'avviso;
- ☐ di essere a conoscenza che l'autorità competente potrà effettuare controlli sulle dichiarazioni sostitutive, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii.;
- ☐ che la marca da bollo con numero identificativo _____, figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria – anno 2025, trasmessa per PEC in data _____, è conforme all'originale in proprio possesso;
- ☐ di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 come da attestazione trasmessa unitamente alla presente domanda;
- ☐ di conservare l'originale della domanda di cui sopra per i controlli previsti dalla normativa vigente da parte dell'Amministrazione e di impegnarsi a produrla in sede di convocazione.

Data _____ **firma per esteso _____**
(non soggetta ad autenticazione

Si allega in unico file pdf:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione

Modulo 3

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA

PER I MEDICI NON PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA ANNO 2025

che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della domanda di inclusione e medici non ricompresi nel punto precedente

Art. 72, comma 3, lettera c) e d) dell'ACN MMG del 4/04/2024

TAG UCR25BUR

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

All'Azienda USL Umbria 2
PEC: **aslumbria2@postacert.umbria.it**

Il/la sottoscritto/a Dott._____ nato a _____

prov._____il_____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____CAP _____ tel. _____ a far data dal _____

proveniente dal Comune di _____ove risultava residente dal _____

e residente nel territorio della regione _____dal_____

Email_____

PEC_____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 72, comma 3, lett. c) e lett. d) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 4/04/2024, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza negli istituti penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati **(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

AZIENDA USL UMBRIA 2		
ATTIVITA'	**AMBITO**	
Assistenza negli Istituti Penitenziari	Casa Circondariale di Terni	
	Casa di reclusione di Orvieto	
	Istituto Penitenziario di Spoleto	

Modulo 3

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000:

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____; (*specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)*

2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;

3. **di essere in possesso del diploma di formazione specifica in Medicina Generale**

   conseguito il _____ presso la Regione _____

DICHIARA ALTRESI'

- ☐ di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679;
- ☐ di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, allegata all'avviso;
- ☐ di essere a conoscenza che l'autorità competente potrà effettuare controlli sulle dichiarazioni sostitutive, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii.;
- ☐ che la marca da bollo con numero identificativo _____, figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria – anno 2025, trasmessa per PEC in data _____, è conforme all'originale in proprio possesso;
- ☐ di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 come da attestazione trasmessa unitamente alla presente domanda;
- ☐ di conservare l'originale della domanda di cui sopra per i controlli previsti dalla normativa vigente da parte dell'Amministrazione e di impegnarsi a produrla in sede di convocazione.

Data _____ **firma per esteso _____**
(non soggetta ad autenticazione

Si allega in unico file pdf:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione

Modulo 4

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA

PER I MEDICI FREQUENTANTI IL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE NELLA REGIONE UMBRIA

- **Art.9 comma 1 del D.L. 135 del 14/12/2018 convertito con la Legge n. 12 del 11/02/2019**
- **Art.12 comma 3 del D.L. 30/04/2019 convertito con la Legge n.60 del 25/06/2019**

Art. 72, comma 3, lettera e) e f) dell'ACN MMG del 4/04/2024

TAG UCR25BUR

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO da €16,00

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

All'Azienda USL Umbria 2
PEC: **aslumbria2@postacert.umbria.it**

Il/la sottoscritto/a Dott._____ nato a _____

prov._____il_____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____CAP _____ tel. _____ a far data dal _____

proveniente dal Comune di _____ove risultava residente dal _____

e residente nel territorio della regione _____dal_____

Email_____

PEC_____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 72, comma 3, lett.re e) ed f) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 28/04/2022, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza negli istituti penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. ….. del …….. e segnatamente per gli ambiti sotto indicati **(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

AZIENDA USL UMBRIA 2		
ATTIVITA'	**AMBITO**	
Assistenza negli Istituti Penitenziari	Casa Circondariale di Terni	
	Casa di reclusione di Orvieto	
	Istituto Penitenziario di Spoleto	

Modulo 4

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000:

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data_____ con voto _____; (*specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);*

2. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita in data …….. o nella sessione n. ……. dell'anno …….., presso l'Università di ……;

3. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;

4. di frequentare, ai sensi **dell'Art.9 D.L. N.135 del 14/12/2018 convertito con la Legge n. 12 del 11/02/2019,** il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale...../.....presso la Regione _____ iniziato in data.....(barrare annualità di frequenza): 1° 2° 3°;

5. di frequentare, con iscrizione ai sensi **dell'Art.12 comma 3 del D.L. 30/04/2029 n.35 convertito, dalla Legge n. 60 del 25/06/2019,** il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale...../.....presso la Regione _____ iniziato in data.....(iscrizione tramite graduatoria riservata) (barrare annualità di frequenza): 1° 2° 3°;

DICHIARA ALTRESI'

- ☐ di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679;
- ☐ di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, allegata all'avviso;
- ☐ di essere a conoscenza che l'autorità competente potrà effettuare controlli sulle dichiarazioni sostitutive, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii.;
- ☐ che la marca da bollo con numero identificativo _____, figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria – anno 2025, trasmessa per PEC in data _____, è conforme all'originale in proprio possesso;
- ☐ di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 come da attestazione trasmessa unitamente alla presente domanda;
- ☐ di conservare l'originale della domanda di cui sopra per i controlli previsti dalla normativa vigente da parte dell'Amministrazione e di impegnarsi a produrla in sede di convocazione.

Data _____ **firma per esteso _____**
(non soggetta ad autenticazione

Si allega in unico file pdf:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione

Modulo 5

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)
(art.47 D.P.R. 445/2000, novellato dalla L. 189/2012)

TAG UCR25BUR

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____(_____) il _____

residente in _____ (___) Via/Piazza_____ n. ___
_____ n° _____

iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____ai sensi e

agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000.

DICHIARA FORMALMENTE DI

1) essere - non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di_____Azienda_____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte
Periodo: dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)
Azienda _____ branca _____ ore sett._____
Azienda _____ branca _____ ore sett._____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
Provincia _____ branca _____
Periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:
Azienda_____ Via _____
Tipo di attività _____
Periodo: dal _____

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella

Modulo 5

Regione _____ o in altra regione (2):
Regione _____ Azienda _____ ore sett._____
in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:
Denominazione del corso _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio: dal _____

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs 9 aprile 2008 n.81:
Azienda___ _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)
Azienda _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)
_____
_____
Periodo: dal _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:
_____
_____

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
Periodo: dal _____

Modulo 5

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

_____
_____
Periodo: dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato:(1) (2)

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____
Tipo di attività _____
Periodo: dal _____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):
Soggetto pubblico _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro: _____
Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

_____
_____
Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)
soggetto erogante il trattamento pensionistico_____
_____
Pensionato dal _____

Modulo 4

21) essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale come previsto dai decreti legislativi 256/91, 368/99 e 277/2003 conseguito il _____
Presso la Regione _____ triennio _____/_____

NOTE: _____
_____
_____
_____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data _____ Firma _____

(1) - cancellare la parte che non interessa
(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"
La sottoscrizione non va autenticata ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000pia del documento di identità.

Modulo 6

DICHIARAZIONE DI ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

DPR 445/2000 art. 46 e 47

TAG UCR25BUR

Il/la sottoscritto/a Dott._____ nato a _____

prov._____il_____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____CAP _____ tel. _____

Email_____

PEC_____

Relativamente alla pubblicazione per incarichi vacanti di Medici di Assistenza Penitenziaria presso l'Azienda USL Umbria 2 anno 2025.

Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n.445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- Che l'imposta di bollo è stata assolta 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 numero 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.

Data _____ firma per esteso _____

La presente dichiarazione va corredata da copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

Cristina Clementi - *Direttore responsabile*

Registrazione presso il Tribunale di Perugia del 15 novembre 2007, n. 46/2007 - Composizione ed impaginazione Grafiche Miglionico s.a.s. - 85100 Potenza