

REGIONE MARCHE
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
DELLE MARCHE
Via Conca, 71 – 60126 TORRETTE di ANCONA
Partita IVA e Codice Fiscale 01464630423

in esecuzione della determina dirigenziale n. 385 del 16 ottobre 2026

è indetto

**Avviso di mobilità interna per l'assegnazione di n. 1 posto di Dirigente Medico –
disciplina di Medicina Interna - per la SOSD Medicina Vascolare - articolazione
interna al Dipartimento di Scienze Cardiovascolari - cui attribuire l'incarico
professionale di Alta Specializzazione denominato “Gestione della malattia
cerebrovascolare”**

Requisiti di ammissione

Per la partecipazione alla procedura di mobilità è prescritto il possesso dei seguenti requisiti:

- a) essere in servizio a tempo indeterminato presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche;
- b) essere inquadrato nel profilo professionale di Dirigente Medico nella disciplina di Medicina Interna ovvero in disciplina equipollente alla medesima;
- c) aver superato positivamente la valutazione del Collegio Tecnico al termine dei primi cinque anni di servizio svolti nella disciplina inerente all'incarico da ricoprire

I requisiti sopra indicati devono essere posseduti, a pena d'esclusione, alla data di scadenza del termine stabilito dal presente bando per la presentazione delle domande di ammissione e permanere alla data dell'effettivo trasferimento.

Modalità e termini di presentazione della domanda di partecipazione

I dipendenti interessati devono presentare, con le modalità ed i termini prescritti dal presente avviso, istanza iscritta di partecipazione utilizzando lo schema di domanda predisposto e allegato al presente avviso (**All. 1**).

La domanda ed i relativi allegati dovranno essere inoltrati tramite PEC alla casella di posta elettronica certificata dell'Azienda: **gp.aou.ancona@emarche.it**

Alla domanda i candidati **devono necessariamente allegare**:

- un curriculum formativo e professionale aggiornato, redatto in forma di autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000, datato e firmato;
- la fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Si rammenta che ai fini della validità dell'invio informatico, il candidato dovrà utilizzare a propria volta una casella elettronica certificata.

L'indirizzo della casella PEC del mittente deve essere obbligatoriamente riconducibile, univocamente, all'aspirante candidato.

Non sarà, pertanto, ritenuta ammissibile la domanda inviata da casella di posta elettronica

semplice/ordinaria anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica certificata sopra indicato. Fatto salvo il rispetto di tutte le altre prescrizioni previste dal presente avviso, l'invio della domanda e dei relativi allegati, deve essere effettuato, in formato PDF, tramite l'utilizzo della Posta Elettronica Certificata tradizionale (PEC).

A tal fine, sono consentite le seguenti modalità di predisposizione del/i file PDF da inviare:

1. tramite la PEC tradizionale: sottoscrizione con firma digitale del candidato, con certificato rilasciato da un certificatore accreditato;

oppure

2. tramite la PEC tradizionale: sottoscrizione con firma autografa del candidato + scansione

In entrambi i casi è richiesta altresì la scansione di un valido documento di identità.

Le domande devono pervenire, a pena di esclusione, entro le ore 12.00 del 31 OTTOBRE 2026.

Formulazione della graduatoria

Nel caso in cui le istanze risultino superiori ai posti messi a mobilità, per analogia a quanto previsto dall'art. 27 del D.P.R. 483/97, si provvederà alla formulazione della graduatoria di merito dei candidati, redatta su un totale di max 40 punti, così distribuiti:

TITOLI	max punti 20
a. Titoli di carriera:	punti 10
b. Titoli accademici e di studio:	punti 3
c. Pubblicazioni e titoli specifici:	punti 3
d. Curriculum formativo e professionale:	punti 4

La ripartizione dei punti tra le suddette categorie verrà stabilita dalla Commissione Esaminatrice e riportata a verbale.

COLLOQUIO max punti 20

Il colloquio verterà sulle materie inerenti alla disciplina nonché sui compiti connessi alla funzione da conferire e sarà diretto ad accertare, con riferimento alla professionalità oggetto del presente avviso, le specifiche conoscenze e competenze possedute dal candidato ed acquisite nel corso dell'attività lavorativa.

La Commissione, immediatamente prima del colloquio, predeterminerà i criteri e le modalità di valutazione ai fini dell'assegnazione del punteggio.

Il superamento del colloquio è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza pari a **14/20**.

COMMISSIONE TECNICA

Le Commissioni Tecniche, nominate con specifico provvedimento e incaricate di valutare il previsto colloquio svolto dai candidati, saranno così composte:

PRESIDENTE

Direttore della Struttura cui afferisce il posto in oggetto (o suo delegato)

COMPONENTI

2 Dirigenti Medici nella disciplina

SEGRETARIO

Funzionario Amministrativo

Il diario del colloquio verrà indicato esclusivamente tramite pubblicazione sul portale aziendale

www.ospedaliriuniti.marche.it - nella sezione CONCORSI ⇨ Avvisi - almeno **5 giorni** prima dell'effettuazione dello stesso. Tale pubblicazione ha valore ufficiale di convocazione per ogni singolo candidato.

Gli aspiranti che non si presenteranno al colloquio saranno dichiarati decaduti dalla selezione qualunque sia la causa dell'assenza, anche se indipendente dalla loro volontà.

La graduatoria di merito è formulata dalla Commissione Esaminatrice secondo l'ordine dei punti complessivi ottenuti da ciascun candidato nella valutazione dei titoli e nel colloquio.

In caso di parità precede il candidato più giovane di età.

L'esito della procedura non genera graduatoria di merito, ma si esaurisce con la nomina del/dei candidati utilmente classificatisi per soddisfare la copertura dei posti per i quali la procedura di mobilità è stata attivata.

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE

Alla domanda di ammissione (All. 1) il concorrente dovrà allegare i documenti relativi ai titoli e servizi che ritenga opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito e della formazione della graduatoria.

A tale proposito si precisa che il candidato deve avvalersi delle dichiarazioni sostitutive previste dal D.P.R. 445/2000 e ss. mm. allegate in fac-simile al presente bando (All. A, B e C).

Le dichiarazioni sostitutive sopra citate dovranno contenere:

- 1) l'esatta indicazione delle Strutture aziendali presso le quali il servizio è stato prestato;
- 2) la natura giuridica del rapporto di lavoro (contratto di dipendenza a tempo indeterminato - determinato, contratto di collaborazione, consulenza, etc.);
- 3) la qualifica rivestita, il profilo, la disciplina e l'area di appartenenza;
- 4) la tipologia del rapporto di lavoro (tempo pieno - parziale, con l'indicazione del numero di ore svolte alta settimana etc.);
- 5) la data di inizio e fine servizio presso la SOD indicata (gg/mm/aa);
- 6) l'indicazione di eventuali interruzioni del rapporto di lavoro (aspettativa senza assegni, sospensione cautelare etc.);
- 7) tutto ciò che si renda necessario, nel caso concreto, per valutare correttamente il servizio stesso;
- 8) nella autocertificazione relativa ai servizi deve essere inoltre attestato se ricorrono o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20 dicembre 1979 n. 761.

Le dichiarazioni sostitutive innanzi indicate, devono essere presentate unitamente a copia fotostatica (fronte e retro) di documento di identità in corso di validità del dichiarante.

In ogni caso le dichiarazioni sostitutive devono contenere, a pena di non valutazione, tutte le informazioni atte a consentire una corretta ed esaustiva valutazione delle attestazioni in essa presenti.

L'Azienda effettuerà idonei controlli a norma dell'art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 atti a verificare la veridicità e l'autenticità delle attestazioni prodotte, con applicazione, in caso di falsa

dichiarazione, delle gravi conseguenze - anche di ordine penale - di cui all'art. 76 del medesimo D.P.R. 445/2000.

Non saranno valutate le dichiarazioni sostitutive incomplete o prive dei requisiti di forma previsti dalla vigente normativa.

Trattamento dei dati personali

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

Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini dell'espletamento della procedura e dell'esame dei requisiti di partecipazione posseduti dai candidati. Con la presentazione e la sottoscrizione della domanda di partecipazione il concorrente manifesta il proprio libero, consapevole, informato e specifico consenso al trattamento dei dati personali. Il mancato rilascio del consenso determina l'impossibilità di compiere le operazioni necessarie all'espletamento della presente procedura e conseguentemente preclude la partecipazione alla stessa. Ciascun candidato gode dei diritti riconosciuti dalle normative nazionali e comunitarie vigenti in materia di trattamento dei dati personali e può esercitarli rivolgendosi al titolare del trattamento i cui riferimenti e i punti di contatto sono indicati nell'informativa reperibile sul sito aziendale https://www.ospedaliriuniti.marche.it/portale/index.php?id_sezione=424

Per eventuali informazioni rivolgersi alla So Gestione del Personale della Azienda medesima – sita in Via Caduti del Lavoro n. 40 - Ancona - tutti i giorni feriali, escluso il sabato, dalle ore 11,00 alle ore 13,00 (tel. 071-5963063).

IL DIRETTORE

SO GESTIONE DEL PERSONALE

Dott.ssa Emanuela Ranucci

LE ISTANZE DI PARTECIPAZIONE DOVRANNO PERVENIRE ENTRO E NON OLTRE LE ORE 12,00 DEL 31 OTTOBRE 2026.

Al Direttore Generale
A.O.U delle Marche
Via Conca, 71
60126 - ANCONA
c.a. Direttore SO Gestione del Personale

Il sottoscritto _____ dipendente a tempo
indeterminato di questa Azienda Ospedaliera, presso la S.O.D.

CHIEDE

di partecipare all'avviso di mobilità interna, per titoli e colloquio, rivolto a **Dirigenti Medici disciplina di Medicina Interna (o disciplina equipollente)**, a tempo indeterminato, per la copertura di n. 1 posto della **SOSD Medicina Vascolare, quale articolazione interna al Dipartimento di Scienze Cardiovascolari**.

A tal fine, consapevole delle conseguenze penali previste per le ipotesi di falsità in atti o di dichiarazioni mendaci (art. 76 – comma 1 – DPR 445/2000) e consapevole, inoltre, che la non veridicità del contenuto della dichiarazione comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000), ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, dichiara

- 1) di essere nato/a a _____ (prov. _____) il _____;
- 2) di essere residente a _____ (cap. _____)
(prov. _____) Via _____ n _____;
- 3) di essere dipendente dell'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche con contratto di lavoro a tempo indeterminato, con la qualifica di _____
_____, presso la S.O.D./S.O.S.D. _____;
- 4) di essere inquadrato nella disciplina di _____;
- 5) di accettare incondizionatamente tutte le indicazioni contenute nel bando in merito alla gestione della procedura di mobilità interna e agli adempimenti conseguenti.
- 6) di essere informato ai sensi e per gli effetti delle normative nazionali e comunitarie, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per i quali la presente dichiarazione viene resa e di prestare consenso al trattamento dei dati personali in base alle normative vigenti in materia.

Ogni comunicazione relativa alla presente procedura di mobilità deve essere fatta al seguente indirizzo:

_____ (indicare CAP), tel _____

Data _____

FIRMA

Allega alla domanda di partecipazione

1. i titoli utili al fine della valutazione di merito;
2. un curriculum, datato e firmato, debitamente autocertificato;
3. un elenco, datato e firmato, dei documenti e titoli presentati;
4. fotocopia (fronte/retro) di un documento di identità in corso di validità.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)
per i servizi prestati presso PRIVATI

Io sottoscritto.....nato a

il....., residente a

via n.....,

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARO di

- **Aver prestato servizio alle dipendenze**
- Indirizzo completo
- Con la qualifica di
- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio/...../..... fine/...../.....
- ☐ Contratto libero – professionale (ex art. 7 D.Lgs 165/2001); ☐ Borsa di Studio; ☐ altro:
- ☐ Contratto a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato
- ☐ A tempo pieno; ☐ A part-time: ☐ con n. ore settimanali pari a..... %
- ☐ eventuale aspettativa senza assegni dal.....al.....; dal.....al

- **Aver prestato servizio alle dipendenze**
- Indirizzo completo
- Con la qualifica di
- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio/...../..... fine/...../.....
- ☐ Contratto libero – professionale (ex art. 7 D.Lgs 165/2001); ☐ Borsa di Studio; ☐ altro:
- ☐ Contratto a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato
- ☐ A tempo pieno; ☐ A part-time: ☐ con n. ore settimanali pari a..... %
- ☐ eventuale aspettativa senza assegni dal.....al.....; dal.....al

- **Aver prestato servizio alle dipendenze**
- Indirizzo completo
- Con la qualifica di
- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio/...../..... fine/...../.....
- ☐ Contratto libero – professionale (ex art. 7 D.Lgs 165/2001); ☐ Borsa di Studio; ☐ altro:

.....

- ☐ Contratto a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato
☐ A tempo pieno; ☐ A part-time: ☐ con n. ore settimanali pari a..... %
☐ eventuale aspettativa senza assegni dal.....al.....; dal.....al

Firma

Data

.....

In caso di ulteriori servizi, utilizzare altri moduli.

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA

*La dichiarazione sostitutiva, quando non è firmata alla presenza del dipendente addetto, deve essere accompagnata dalla fotocopia in carta semplice, non autenticata, di un **documento di identità valido**.*

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)
per i servizi prestati presso enti del S.S.N. o P.A.

Io sottoscritto.....nato a
 il....., residente a
 via, n.....,
 consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso
 di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARO di

- **Aver prestato servizio alle dipendenze**

- Indirizzo completo

- Con la qualifica di

- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio/...../..... fine/...../.....

☐ Contratto libero – professionale (ex art. 7 D.Lgs 165/2001); ☐ Borsa di Studio; ☐ altro:

☐ Contratto a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato

☐ A tempo pieno; ☐ A part-time: ☐ con n. ore settimanali pari a..... %

☐ eventuale aspettativa senza assegni dal.....al.....; dal.....al

- **Aver prestato servizio alle dipendenze**

- Indirizzo completo

- Con la qualifica di

- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio/...../..... fine/...../.....

☐ Contratto libero – professionale (ex art. 7 D.Lgs 165/2001); ☐ Borsa di Studio; ☐ altro:

☐ Contratto a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato

☐ A tempo pieno; ☐ A part-time: ☐ con n. ore settimanali pari a..... %

☐ eventuale aspettativa senza assegni dal.....al.....; dal.....al

- **Aver prestato servizio alle dipendenze**

- Indirizzo completo

- Con la qualifica di

- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio/...../..... fine/...../.....

☐ Contratto libero – professionale (ex art. 7 D.Lgs 165/2001); ☐ Borsa di Studio; ☐ altro:

- ☐ Contratto a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato
☐ A tempo pieno; ☐ A part-time: ☐ con n. ore settimanali pari a %
☐ eventuale aspettativa senza assegni dal.....al.....; dal.....al

Firma

Data

.....

In caso di ulteriori servizi, utilizzare altri moduli.

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA

*La dichiarazione sostitutiva, quando non è firmata alla presenza del dipendente addetto, deve essere accompagnata dalla fotocopia in carta semplice, non autenticata, di un **documento di identità valido**.*

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 s.m.i.)
esente da bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il _____

residente a _____ (_____) Via _____

DICHIARA

dichiara inoltre di:

- essere consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000;
- essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione viene resa (art. 13 Dlgs 196/2003).

LUOGO e DATA

FIRMA DEL DICHIARANTE*

(per esteso e leggibile)

*La dichiarazione é sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, **oppure sottoscritta e inviata assieme alla fotocopia del documento di identità** via fax, a mezzo posta

ordinaria o elettronica o tramite un incaricato (art. 38 D.P.R. 445/2000).