



U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale- Medicina Convenzionata AV2

Per info, contattare specialisticaamban.av2@sanita.marche.it

Prot. n. 37698/01/03/2022/ASURAV2/AV2DATMC/P

**AVVISO DI PUBBLICAZIONE ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE VACANTI
IN AV2 (Art.20 ACN 20/05/2021)
PERIODO 01-15 MARZO 2022**

In relazione alle comunicazioni pervenute dai Distretti di Senigallia, Jesi, Fabriano, Ancona e dall'ente INRCA ed in conformità a quanto stabilito dall'art. 20 ACN/2021, questa Area Vasta pubblica i turni vacanti di specialistica ambulatoriale e medicina veterinaria allegati al presente avviso.

L'attribuzione dei turni disponibili a tempo indeterminato è riservata alle categorie di cui all'art. 21 comma 2 dell'Acn 2021, dalla lettera a alla lettera j, tenuto conto dei vincoli di prelazione e dei criteri di graduazione previsti dal successivo comma 3.

L'attribuzione dei turni disponibili a tempo determinato è riservata, invece, alle categorie di cui all'art. 22. Gli incarichi saranno assegnati nel rispetto di quanto previsto dall'art. 27 ACN/2021 e le eventuali situazioni di incompatibilità che dovessero manifestarsi a carico dello specialista, dovranno essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso (Art. 27 c. 2).

Qualora gli aspiranti svolgano invece altri incarichi valutati compatibili e per i quali l'impegno orario settimanale - sommato alle ore d'incarico richieste - superi il massimale orario consentito di cui all'art. 28 Acn. 2021, nella domanda dovrà essere specificata l'attività che si dichiara voler interrompere o le ore di incarico che si è disponibili a ridurre.

I medici interessati dovranno inviare la domanda - **specificando, in ordine di preferenza, i turni ai quali sono interessati - dal 01 al 15 MARZO 2022** a mezzo Raccomandata A/R o Posta Elettronica Certificata, indirizzata a:

- **ASUR-AREA VASTA 2 – ANCONA - U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE Medicina Convenzionata – Via C. Colombo, 106 (ex CRASS) – 60127 ANCONA** (il rispetto del termine dovrà risultare esclusivamente dal timbro postale applicato sulla raccomandata);
- **PEC: areavasta2.asur@emarche.it.**

Si raccomanda di utilizzare lo schema della domanda allegato poiché eventuali dichiarazioni di disponibilità presentate tramite modello non conforme a quello indicato, non verranno prese in considerazione.

Si raccomanda inoltre (nel caso si utilizzi la Pec) di inserire il seguente oggetto al momento dell'invio: "MSA – PUBBLICAZIONI ORE VACANTI 12/21 – BRANCA..... – NOME e COGNOME".

Si ricorda che, al termine della scadenza per la presentazione della domanda, verrà pubblicata sul sito ASUR – MEDICINA CONVENZIONATA – AREA VASTA 2, una graduatoria provvisoria che sarà utile ai fini della presentazione di eventuali osservazioni, da avanzare entro il termine indicato nella stessa. Dopo l'esame delle istanze pervenute, si procederà alla pubblicazione della graduatoria definitiva.

LA DIRIGENTE

Dott.ssa Mariella Campanaletti

N.B: il documento si compone di n. 2 allegati:

Allegato n. 1: modulo da compilare per manifestare disponibilità all'assegnazione di ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE VACANTI per l'assegnazione A TEMPO INDETERMINATO;

Allegato n. 2: modulo da compilare per manifestare disponibilità all'assegnazione di ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE VACANTI per l'assegnazione A TEMPO DETERMINATO;

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede Legale: via Oberdan 2 – 60100 ANCONA – Codice Fiscale/ Partita IVA 02175860424

Area Vasta n.2

Sede amministrativa: Via Turati, 51 – 60044 Fabriano (AN)



ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE VACANTI
per l'assegnazione A TEMPO INDETERMINATO

(art. 20-21 ACN/2021)

Periodo 01- 15 MARZO 2022

Dichiarazione di disponibilità da inviare mezzo PEC o Raccomandata A.R.

SERVIZIO UMEE Branca di Neuropsichiatria Infantile	n. 72 ore sett.li così suddivise: • n. 13 ore sett.li UMEE Osimo (Distretto di Ancona); • n. 13 ore sett.li UMEE Castelfidardo (Distretto di Ancona); • n. 8 ore sett.li UMEE Senigallia (Distretto di Senigallia); • n. 38 ore sett.li UMEE Fabiano (Distretto di Fabriano).
Branca di Geriatria	n. 38 ore presso il Distretto di Fabriano.
Branca di Cardiologia	n. 33 ore 30' ore sett.li così suddivise: • n. 21 ore sett.li – sede di Sassoferrato (Distretto di Fabriano); • n. 8 ore 30' ore sett.li presso il Distretto di Senigallia • n. 4 ore sett.li - Casa Circondariale di Montacuto di Ancona – Medicina Penitenziaria (Distretto di Ancona).
Branca di Chirurgia	. n.10 ore sett.li presso Distretto di Senigallia
Branca di Pediatria	n. 20 ore sett.li così distribuite: • n. 10 ore sett.li presso sede di Sassoferrato (Ospedale di Comunità Distretto di Fabriano); • n. 10 ore sett.li presso U.O. Pediatria Ospedale Fabriano.
Branca di Medicina dello Sport (Distretto di Ancona)	n. 10 ore e 30' sett.li così suddivise: • n. 3 ore e 45' presso la sede di Osimo; • n. 2 ore e 15' presso la sede di Camerano; • n. 4 ore e 30' presso la sede di Loreto.
Branca di Medicina Veterinaria Area A	• n. 1 ora 30' sett.li, in AV2.
Branca di Medicina Veterinaria Area B	• n. 3 incarichi da 10 ore sett.li ciascuno, da svolgere presso l' Av2.
Branca di Dietologia e Scienza dell' Alimentazione (Distretto di Ancona)	n. 20 ore sett.li così suddivise: • n. 10 ore sett.li presso Poliambulatorio 2000; • n. 10 ore sett.li presso Falconara.
Banca di Neurologia	n. 30 ore sett.li di Neurologia presso il Distretto di Fabriano : • n. 22 ore sett.li per il C.D.C.D.; • n. 8 ore sett.li presso il Distretto di Fabriano.
Branca di Pneumologia	n. 25 ore sett.li così suddivise: • n. 5 ore sett.li presso Distretto di Senigallia; • n. 14 ore sett.li presso il Distretto di Fabriano • n. 6 ore sett.li presso Poliambulatorio di Osimo (Distretto di Ancona)
Branca di Fisiatria	n. 20 ore settimanali così suddivise: • n. 6 ore sett.li Camerano; • n. 6 ore sett.li Loreto (visite domiciliari); • n. 4 ore Chiaravalle; • n. 4 ore settimanali - Casa Circondariale di Montacuto di Ancona (Medicina Penitenziaria).
Branca di Diabetologia	n. 28 ore sett.li (Distretto di Fabriano).

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede Legale: via Oberdan 2 – 60100 ANCONA – Codice Fiscale/ Partita IVA 02175860424

Area Vasta n.2

Sede amministrativa: Via Turati , 51 – 60044 Fabriano (AN)

ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE
per l'assegnazione A TEMPO DETERMINATO
(art. 20-22 ACN/2021)
Periodo 01-15 MARZO 2022

Dichiarazione di disponibilità da inviare con Raccomandata A/R o PEC

Branca di Ostetricia e Ginecologia	n. 10 ore sett.li per 6 mesi (eventualmente rinnovabile) presso Distretto di Senigallia.
Branca di Psicoterapia PROGETTO UMEE (per l'accesso agli incarichi è necessario il possesso della laurea in psicologia e la specializzazione nella relativa branca o equipollente ai sensi del vigente ACN 20/05/2021)	n. 54 ore sett.li, suddivise come di seguito riportato, per n. 6 mesi rinnovabile (le ore determinate per singolo distretto non sono frazionabili): 20 ore Distretto di Ancona; 14 ore Distretto di Jesi; 10 ore Distretto di Senigallia; 10 ore Distretto di Fabriano.



Allegato n. 1

Racc. A.R. o PEC

**ALL'AREA VASTA 2
U.O.C. DAT -
MEDICINA CONVENZIONATA**
Via C. Colombo 106 (ex CRASS)
60127 **A N C O N A**

**Dichiarazione di disponibilità per l'assegnazione delle ore vacanti a
tempo indeterminato (art. 21 ACN/2021)
PERIODO 01-15 MARZO 2022**

Il/La sottoscritto/a Dott.(ssa) _____, nato/a a _____ il _____,
residente a _____ CAP _____, in Via
_____, cell. _____, tel. fisso _____, specialista nella
branca di _____, data laurea _____ data di specializzazione _____, indirizzo
mail _____, Pec _____,

Dichiara

la propria **disponibilità** al conferimento di incarico **a tempo indeterminato** per i turni di
seguito indicati e pubblicati dall' Area Vasta 2, nel periodo **01-15 MARZO 2022**:

a) n. ore _____	branca di _____	presso _____
b) n. ore _____	branca di _____	presso _____
c) n. ore _____	branca di _____	presso _____
d) n. ore _____	branca di _____	presso _____
e) n. ore _____	branca di _____	presso _____
f) n. ore _____	branca di _____	presso _____

N.B.: le lettere rappresentano l'ordine di preferenza in caso di assegnazione

E, dal momento che svolge altre ore di incarico* che sommate a quelle richieste superano il
massimale orario consentito, DICHIARA che intende rinunciare a n. _____ ore sett.li di incarico
espletato presso _____.

Comunica, inoltre, che attualmente presta servizio* presso la struttura
_____.

* come servizio, che deve essere espressamente dichiarato, si fa riferimento a tutti i tipi di
incarico in regime di dipendenza e di convenzione (inclusi gli incarichi di sostituzione, a tempo
determinato e provvisori).

N.B.: i punti di prelazione sotto riportati, sono quelli di cui all'art. 21 dell' ACN vigente per la
Specialistica Ambulatoriale e medicina Veterinaria. L' ordine degli stessi, costituisce vincolo di
prelazione. Lo specialista, nonostante possa collocarsi in più punti dell'ordine, deve
obbligatoriamente sceglierne uno, presumibilmente il più fedele al proprio status giuridico.
(Cfr. Nota Sisac prot. 396/2021)



DICHIARA, altresì, di essere:

- ☐ titolare di incarico a tempo indeterminato nell' Area Vasta 2 - Distretto di _____, per n. ore _____, o titolare di incarico a tempo indeterminato presso la sede INAIL di Ancona e SASN di Ancona, per n. ore _____, con anzianità d'incarico dal _____ (Art. 21, comma 2, lett.a);
- ☐ titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Area Vasta n. _____ della Regione Marche o nella ASL di _____ della Regione confinante _____, per n. ore _____, con anzianità d'incarico dal _____, o titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali INAIL e SASN ubicate nell'ambito zonale dell'Area Vasta n. _____ della Regione o di altra Regione confinante per n. ore _____, con anzianità d'incarico dal _____ (Art. 21, comma 2, lett.b);
- ☐ titolare di incarico a tempo indeterminato nella ASL o nella sede provinciale INAIL/SASN di _____ della Regione non confinante _____, per n. ore _____, con anzianità d'incarico dal _____ che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità (Art. 21, comma 2, lett. c);
- ☐ titolare di incarichi a tempo indeterminato in branche diverse _____, che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente accordo presso _____ dal _____ per n. ore _____, e chiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico (Art. 21, comma 2, lett. d);
- ☐ titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'ACN/2021, nella branca di _____ per n. ore _____ presso _____ dal _____ e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione (Art. 21, comma 2, lett. e);
- ☐ titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Area Vasta 2 che svolga la seguente attività compatibile _____ e nel rispetto del massimale orario (Art. 21, comma 2, lett. f);
- ☐ titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa _____ per n. ore _____ limitatamente a coloro a cui si applica l'ACN/2021 (Art. 21, comma 2, lett. g);
- ☐ specialista iscritto nella graduatoria dei Medici, Veterinari e Psicologi-Psicoterapeuti, Specialisti Ambulatoriali dell'Area Vasta 2 vigente (approvata con determina del Direttore della Area Vasta n. 2 n. 375/av2 del 01/03/2022), per la branca di _____ nella posizione n. _____ (Art. 21, comma 2, lett. h). L' accettazione dell'incarico comporta la cancellazione dalla graduatoria valida per l' anno in corso);
- ☐ specialista in possesso dei requisiti di cui all' art.19 ACN/2021 ma non ancora iscritto nella graduatoria vigente (art.21, comma 2, lett. i).
Dichiara, a tal fine:
 - 1) di essere iscritto all' Albo..... n.;
 - 2) di aver conseguito la specializzazione in in data
- ☐ titolare di incarico a tempo indeterminato in qualità di (Art. 21, comma 2, lett. j):
 - medico di medicina generale presso _____, dal _____;
 - medico specialista pediatra di libera scelta presso _____, dal _____;
 - medico dipendente del SSN presso _____, dal _____;disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro.

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede Legale: via Oberdan 2 – 60100 ANCONA – Codice Fiscale/ Partita IVA 02175860424

Area Vasta n.2

Sede amministrativa: Via Turati, 51 – 60044 Fabriano (AN)



Allega alla presente **copia di un valido documento di identità e copia compilata e firmata dell'Allegato B.**

Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000, dichiara che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

(data)

(firma)

Allegato n. 2

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede Legale: via Oberdan 2 – 60100 ANCONA – Codice Fiscale/ Partita IVA 02175860424

Area Vasta n.2

Sede amministrativa: Via Turati , 51 – 60044 Fabriano (AN)



ALL'AREA VASTA 2

U.O.C. DAT -

MEDICINA CONVENZIONATA

Via C. Colombo 106 (ex CRASS)

60127 **A N C O N A**

Racc. A.R. o PEC

Dichiarazione disponibilità ore a tempo determinato

(art. 22 ACN/2021)

PERIODO 01-15 MARZO 2022

Il/La sottoscritto/a Dott.(ssa) _____, nato/a a _____ il _____,
residente a _____ CAP _____, in Via _____,
cell. _____, tel. fisso _____, specialista nella
branca di _____, data laurea _____ data di specializzazione _____, indirizzo
mail _____, Pec _____,

Dichiara

la propria **disponibilità** al conferimento di incarico **a tempo determinato** per i turni di seguito
indicati e pubblicati dall' Area Vasta 2, nel periodo **01-15 MARZO 2022**:

- a) n. ore _____ branca di _____ presso _____
b) n. ore _____ branca di _____ presso _____
c) n. ore _____ branca di _____ presso _____

N.B: le lettere rappresentano l'ordine di preferenza in caso di assegnazione

A tal fine dichiara di:

- ☐ essere iscritto nella graduatoria dei medici, veterinari, psicologi-psicoterapeuti, specialisti ambulatoriali dell'Area Vasta n.2 vigente (approvata con determina del Direttore della Area Vasta n. 2 n. 375/av2 del 01/03/2022), Branca di _____, nella posizione n. _____ (Art. 22, Comma 2);
- ☐ non essere iscritto nella graduatoria dei medici, veterinari, psicologi-psicoterapeuti, specialisti ambulatoriali dell'Area Vasta n.2 vigente (approvata con determina del Direttore della Area Vasta n. 2 n. 375/av2 del 01/03/2022) Branca di _____, (Art. 22, comma 3);
- ☐ svolgere altri incarichi a tempo determinato e/o di sostituzione valutati compatibili con l'attività per cui si manifesta disponibilità, il cui impegno orario sett. le sommato a quello richiesto supera il massimale orario consentito, e perciò intende rinunciare a n. _____ ore sett.li di incarico espletato presso _____.

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede Legale: via Oberdan 2 – 60100 ANCONA – Codice Fiscale/ Partita IVA 02175860424

Area Vasta n.2

Sede amministrativa: Via Turati , 51 – 60044 Fabriano (AN)



Allega alla presente **copia di un valido documento di identità e copia compilata e firmata dell'Allegato B.**

Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000, dichiara che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

(data)

(firma)

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto....., nato a.....
(prov.....)il.....M_F__Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzon.....Cap.....
telefono.....
PEC.....e-mail.....

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

DICHIARA

1. di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. di essere/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
3. di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. di essere/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
5. di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
6. di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
7. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
8. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
9. di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale, che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi (*in caso*

*affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività*_____);

10. di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

11. di fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

12. di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. *(in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività*_____);

13. di essere /non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8-quinquies, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

14. di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

15. di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;

16. di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale *(in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata*_____);

17. di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____ di _____.
*In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo):*_____
_____;

18. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

19. di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale *(in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta*_____ *e la misura dell'indennità percepita*_____).

NOTE (3)

.....
.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data.....Firma per esteso

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

Firma apposta alla presenza di _____
con identificazione del dichiarante mediante _____

Il funzionario

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni al comitato di cui all'art. 18 dell'ACN, relative alle modificazioni intervenute nello stato professionale.