ANCONA
MARCHE

U.O.C. D. A. T. e Medicina Convenzionata

Prot. n.....34455|01/03/2023|AST-AN|AV2DATMC|P.....

AVVISO DI PUBBLICAZIONE ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE VACANTI (Art. 20 ACN 20/05/2021) PERIODO 01-15 MARZO 2023

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 AST pubblica le ore vacanti di specialistica ambulatoriale e medicina veterinaria allegati al presente avviso.
L'attribuzione delle ore di incarico 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 delle ore di incarico a tempo determinato è riservata, invece, alle categorie di cui all'art. 22.
L'assegnazione delle ore di incarico a tempo indeterminato e a tempo determinato, verrà effettuata tenuto conto di quanto stabilito dalla Norma Finale n. 7 e dall'art. 27 ACN/2021. 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, le ore di incarico alle quali sono interessati - dal 1° al 15 MARZO 2023** - a mezzo Raccomandata A/R o Posta Elettronica Certificata, indirizzata a:

- **AST di 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:** ast.ancona@emarche.it

Si raccomanda di utilizzare lo schema di 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 – mese /anno – 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 Responsabile
Dott.ssa Marinella Cardinaletti

N.B: il documento si compone di n. 1 allegato:
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;

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

ANCONA
MARCHE

U.O.C. D. A. T. e Medicina Convenzionata

PERIODO 1-15 MARZO 2023

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

ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE VACANTI per l'assegnazione A TEMPO INDETERMINATO (art. 20-21 ACN/2021)

SERVIZIO UMEE Branca di **Neuropsichiatria Infantile**	n. **57** ore sett.li così suddivise: • n. 19 ore sett.li presso **Jesi** (Distretto di Jesi); • n. 38 ore sett.li presso **Fabriano** (Distretto di Fabriano).
Branca di **Geriatria**	n. **38** ore sett.li presso il Distretto di **Fabriano**
Branca di **Neurologia**	n.**17** ore sett.li così suddivise: n. 4 ore 30' sett.li presso il Distretto di **Senigallia** n. 12 ore 30' sett.li presso il Distretto di **Fabriano**
Branca di **Pediatria** (Distretto di **Fabriano**)	n. **20** ore sett.li presso Casa di Comunità di **Sassoferrato**
Branca di **Medicina dello Sport** (Distretto di **Ancona**)	n. **13 ore 30'** sett.li così suddivise: • n. 5 ore sett.li presso **Osimo**; • n. 3 ore sett.li presso **Camerano**; • n. 5 ore 30' sett.li presso **Loreto**.
Branca di **Pneumologia**	n. **20** ore sett.li così suddivise: • n. 14 ore sett.li presso il Distretto di **Fabriano**; • n. 6 ore sett.li presso Poliambulatorio di **Osimo** (Distretto di Ancona).
Branca di **Chirurgia**	n. **6** ore sett.li presso il Distretto di **Senigallia**
Branca di **Ostetricia e Ginecologia** (Distretto di **Jesi**)	n. **9** ore sett.li così suddivise: • n. 5 ore sett.li – sede di **Cingoli**; • n. 4 ore sett.li – sede **Filottrano**.
Branca di **Radiologia** (Distretto di **Fabriano**)	n. **20** ore sett.li, così suddivise: • n. 10 ore sett.li presso Casa di Comunità di **Sassoferrato**; • n. 10 ore sett.li presso Casa di Comunità di **Fabriano**.

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

Branca di **Psichiatria** I presenti incarichi sono stati attivati come da richiesta del Direttore del Dipartimento di Dipendenze Patologiche Ast di Ancona (prot. 3078837 del 07/02/2023), previsto dal relativo progetto di cui al Decreto del Dirigente del settore territorio ed integrazione socio sanitaria - ARS n. 16 del 07/09/2022.	n. **2 incarichi** da 6 mesi, così organizzati: • uno da n. **36** ore sett.li, da svolgere presso STDP Jesi (per n. 14 ore sett.li) e Fabriano (n. 22 ore sett.li); • uno da n. **20** ore sett.li da svolgere presso STDP Ancona.

ANCONA
MARCHE

U.O.C. D. A. T. e Medicina Convenzionata

Allegato n. 1

Racc. A.R. o PEC all' U.O.C. DAT – MEDICINA CONVENZIONATA AST di Ancona
Via C. Colombo 106 (ex CRASS)
60127 **ANCONA**

Dichiarazione di disponibilità per l'assegnazione delle ore vacanti a tempo indeterminato *(art. 21 ACN/2021)*

PERIODO 01-15 MARZO 2023

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 le ore di incarico di seguito indicate e pubblicate dall' Ast di Ancona, nel periodo 1-15 MARZO 2023:

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).

ANCONA
MARCHE

U.O.C. D. A. T. e Medicina Convenzionata

N.B.: **i punti di prelazione sotto riportati, sono quelli di cui all'art. 21 dell' ACN vigente per la Specialistica Ambulatoriale, Medicina Veterinaria e le altre Professioni Sanitarie . 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' AST di Ancona - 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' AST di _____ della Regione Marche o nella ASL di _____ della Regione confinante _____, per n. ore _____, con anzianità di incarico dal _____ o titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali INAIL e SASN ubicate nell'ambito zonale dell'AST di_____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" AST di Ancona 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 vigente dei Medici, Veterinari e Psicologi-Psicoterapeuti, Specialisti Ambulatoriali dell' AST di Ancona, 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.

Sezione riservata alla branca di Odontoiatria

- ❑ specialista **non** in possesso dei requisiti di cui all' art.19 ACN/2021 (Norma Finale n. 7). Dichiara, a tal fine:
  1. di aver conseguito la laurea in Odontoiatria e protesi dentaria - Medicina e Chirurgia (cerchiare l'alternativa di interesse) con votazione.....;
  2. di essere iscritto all' Albo degli Odontoiatri n. .....;
  3. di aver svolto l' attività convenzionale, **ai sensi dell'ACN di categoria**, di seguito descritta:

Tipo di incarico	**Ente**	**Data di inizio e di fine**

N.B. si prega di elencare gli incarichi svolti in ordine cronologico, partendo dal meno recente.

Allega alla presente **copia di un valido documento di identità e copia INTERAMENTE 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)

ANCONA
MARCHE

U.O.C. D. A. T. e Medicina Convenzionata

Allegato n. 2

Racc. A.R. o PEC all' U.O.C. DAT – MEDICINA CONVENZIONATA Ast di Ancona
Via C. Colombo 106 (ex CRASS)
60127 **ANCONA**

Dichiarazione disponibilità ore a tempo determinato

(art. 22 ACN/2021)

PERIODO 1-15 MARZO 2023

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' AST di Ancona, nel periodo 1-15 MARZO 2023;

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

A tal fine dichiara di:

- ❑ essere iscritto/a nella graduatoria dei medici, veterinari, psicologi-psicoterapeuti, specialisti ambulatoriali dell' AST di Ancona vigente, Branca di _____, nella posizione n._____(Art. 22, Comma 2);
- ❑ non essere iscritto/a nella graduatoria dei medici, veterinari, psicologi-psicoterapeuti, specialisti ambulatoriali dell'Ast di Ancona vigente, Branca di _____, (Art22, comma 3);

Sezione riservata alla branca di Odontoiatria

❑ essere uno/a specialista **non** in possesso dei requisiti di cui all' art.19 ACN/2021 (Norma Finale n. 7). Dichiara, a tal fine:

1. di aver conseguito la laurea in Odontoiatria e protesi dentaria - Medicina e Chirurgia (cerchiare l'alternativa di interesse) con votazione.....;
2. di essere iscritto all' Albo degli Odontoiatri n. .....;
3. di aver svolto l' attività convenzionale, **ai sensi dell'ACN di categoria**, di seguito descritta:

Tipo di incarico	**Ente**	**Data di inizio e di fine**

N.B. si prega di elencare gli incarichi svolti in ordine cronologico, partendo dal meno recente.

❑ 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 _____.

Allega alla presente **copia di un valido documento di identità e copia INTERAMENTE 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 B

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto....., nato a.....
(prov.....)il.....M__F__Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzo .....n.....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.