



U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE

**AVVISO DI PUBBLICAZIONE DEI TURNI SPECIALISTICI VACANTI**

**1° TRIMESTRE 2024**

L'AST di Ascoli Piceno, sede del Comitato Consultivo Zonale della Provincia di Ascoli Piceno, in relazione alla comunicazione pervenuta con nota prot. n. 0019989|29/02/2024|AST-AP|APDAT|P|2.120.50, pubblica:

- ai sensi dell'art. 20 Accordo Collettivo Nazionale 30.03.2021 per la disciplina dei rapporti degli specialisti ambulatoriali interni, veterinari, ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali, turni di attività specialistica ambulatoriale a **TEMPO INDETERMINATO** per la cui attribuzione gli aventi diritto saranno individuati attraverso l'ordine di priorità stabilito dall'art. 21 dell'ACN/2021;

- ai sensi dell'art. 22 Accordo Collettivo Nazionale 30.03.2021 per la disciplina dei rapporti degli specialisti ambulatoriali interni, veterinari, ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali, turni di attività specialistica ambulatoriale a TEMPO DETERMINATO per n. 6 mesi eventualmente rinnovabile per una sola volta, (incarico complessivo massimo 12 mesi, ove indicato) per la cui attribuzione l'avente diritto è individuato tra gli specialisti, veterinari inseriti nella graduatoria provinciale Anno 2024 secondo l'ordine di graduatoria.

Gli incarichi di cui sopra saranno assegnati nel rispetto della disciplina delle incompatibilità prevista dall'art. 27 ACN/2021. Le eventuali situazioni di incompatibilità a carico dello specialista incluso nella graduatoria art. 19 dovrà essere risolta all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

**INCARICO TEMPO INDETERMINATO**

**assegnazione ex ART 21 ACN/2021**

**MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI**

**-CARDIOLOGIA: TURNO DI 23 ORE SETTIMANALI:**

**Il turno è divisibile**

**(orari da concordare con i Direttori di Distretto)**

**Sede: DISTRETTO DI ASCOLI PICENO**

- n. 17 h sett.li da espletare c/o il Poliambulatorio di Ascoli Piceno

Sede: DISTRETTO DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO

- n. 6 h sett.li per visite domiciliari, anche per pazienti affetti da scompenso cardiaco.

**-ENDOCRINOLOGIA: TURNO DI 20 ORE SETTIMANALI:**

Il turno è indivisibile

Sede: DISTRETTO DI ASCOLI PICENO

(orari e sedi da concordare con il Direttore di Distretto)

**-PNEUMOLOGIA: TURNO DI 38 ORE SETTIMANALI:**

Il turno è indivisibile

(orari da concordare con i Direttori di Distretto)

Sede: DISTRETTO DI ASCOLI PICENO

- n. 13,5 h sett.li da espletare c/o i Poliambulatori di Comunanza, Offida e per attività domiciliare.

Sede: DISTRETTO DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO

- n. 20 h sett.li da espletare c/o il Presidio Ospedaliero "Madonna del Soccorso" per attività da CUP, Pronto Soccorso e consulenze anche in sinergia con l'U.O.C. Pneumologia dell'AST-AP.
- n. 4,5 h sett.li da espletare c/o il Poliambulatorio di Centobuchi e per attività domiciliare.

**-RADIOLOGIA: TURNO DI 18 ORE SETTIMANALI:**

Il turno è indivisibile

Sede: DISTRETTO DI ASCOLI PICENO

(orari e sedi da concordare con il Direttore di Distretto)

**INCARICO TEMPO DETERMINATO**

assegnazione ex ART 22 ACN/2021

**MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI**

**-FISIOCHINESITERAPIA: TURNO DI 15 ORE SETTIMANALI:**

Il turno è indivisibile

(orari da concordare con il Direttore Distretto di Ascoli Piceno)

**Sede: Comunanza e Arquata del Tronto**

**Durata: 6 mesi rinnovabile per max altri 6 mesi.**

## **MEDICI VETERINARI**

**-AREA "A" SANITA' ANIMALE: TURNO DI 15 ORE SETTIMANALI:**

**Il turno è indivisibile**

**(orari e sedi da concordare con il Direttore UOC Sanità Animale AST di Ascoli Piceno)**

**Sede : TERRITORIO AST DI ASCOLI PICENO**

**Durata: 6 mesi.**

I medici interessati dovranno inviare **la domanda in bollo dall' 1° al 15 MARZO 2024**, a mezzo racc. A/R, o posta elettronica certificata, indirizzata a

- **AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE di Ascoli Piceno –Marche, U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE – Via degli Iris, 1- 63100 Ascoli Piceno,**
- **PEC: ast.ascolipiceno@emarche.it**

specificando i turni ai quali sono interessati. Il rispetto del termine dovrà risultare esclusivamente dal timbro postale applicato sulla raccomandata. Non saranno prese in considerazione le dichiarazioni di disponibilità pervenute in modo diverso da quello indicato.

Sono esclusi dalla partecipazione al presente avviso coloro che sono stati destituiti o dispensati dal pubblico impiego o abbiano cessato il rapporto di lavoro per licenziamento disciplinare anche per giusta causa ex 2119 C.C., nonché coloro ai quali è stata comminata la sanzione della revoca del rapporto convenzionale ai sensi dell'ACN per la Specialistica ambulatoriale interna (art 38 comma 3), ovvero, ai sensi dell'ACN della Medicina generale del 28/04/2022 art 25 co 11 lett c) e d) o ai sensi dell'ACN per la Pediatria di Libera Scelta del 28/04/2022 art 24 co 11 lett c) e d).

**Il Dirigente  
(Dott. Pietrino Maurizi)**

**Segreteria Comitato Zonale Ascoli Piceno  
Dott.ssa Laura Patragnoni  
Tel. 0736/358837  
e-mail: [laura.patragnoni@sanita.marche](mailto:laura.patragnoni@sanita.marche)**

Racc. A.R.

ALL'AST di Ascoli Piceno-Marche

U.O.C. DAT

Via degli Iris, 1

63100 ASCOLI PICENO

PEC: ast.ascolipiceno@emarche.it

**Bollo 16 €**

## **Dichiarazione disponibilità turni vacanti a tempo indeterminato**

**(ART. 21 ACN/2021)**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, laureato in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, iscritto all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, in possesso di specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_, codice ENPAM:n. \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_, pec: \_\_\_\_\_,

### **Dichiara la propria disponibilità**

al conferimento di incarico per il turno di seguito indicato e pubblicato dall'AST di Ascoli Piceno, nel 1° trimestre 2024

n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

### **dichiara di essere**

- titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale (Distretto di \_\_\_\_\_, per n. ore \_\_\_\_\_, con anzianità d'incarico dal \_\_\_\_\_ (Art. 21, comma 2, lett. a),
- titolare di incarico a tempo indeterminato diverso ambito zonale della Regione Marche o altra Regione confinante (ASL di \_\_\_\_\_, per n. ore \_\_\_\_\_, con anzianità d'incarico dal \_\_\_\_\_ (Art. 21, comma 2, lett. b),
- titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante (nella ASL di \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_, per n. ore \_\_\_\_\_, con anzianità d'incarico dal \_\_\_\_\_) e richiede di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità (Art. 19, comma 2, lett. c);

- titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca diversa \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ 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 Ascoli Piceno che svolga la seguente attività compatibile \_\_\_\_\_ e nel rispetto del massimale orario ex Art. 28, comma 1 (Art. 21, comma 2, lett. f);
- titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa \_\_\_\_\_ per n. ore \_\_\_\_\_ (Art. 21, comma 2, lett.g);
- specialista iscritto nella graduatoria dei Medici Specialisti Ambulatoriali della Provincia di Ascoli Piceno, valida per l'anno 2024 per la branca \_\_\_\_\_ nella posizione n. \_\_\_\_\_ (Art. 21, comma 2, lett. h);
- Specialista, veterinario, professionista in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 (Art. 21, comma 2, lett. i);
- titolare di incarico a tempo indeterminato in qualità di:
  - o medico di medicina generale presso \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_,
  - o medico pediatra di libera scelta presso \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_,
  - o medico dipendente del SSN presso \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_,
 disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro (Art. 21, comma 2, lett.j);
- specialista operante in Regione non confinante \_\_\_\_\_, nel limite del massimale orario (Art. 21, comma 4).

Allega alla presente **copia di un valido documento di identità.**

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)

Racc. A.R.

ALL'AST di Ascoli Piceno-Marche

U.O.C. DAT

Via degli Iris, 1

63100 ASCOLI PICENO

PEC: ast.ascolipiceno@emarche.it

**Bollo 16 €**

## **Dichiarazione disponibilità turni vacanti a tempo determinato**

**(ART. 22 ACN/2021)**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, laureato in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, iscritto all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, in possesso di specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_, codice ENPAM:n. \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_, pec: \_\_\_\_\_

### **Dichiara la propria disponibilità**

- al conferimento di incarico per il turno di seguito indicato e pubblicato dall'AST di Ascoli Piceno, nel 4° trimestre 2023

n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

### **dichiara di essere**

- specialista iscritto nella graduatoria dei Medici Specialisti Ambulatoriali/Medici Veterinari dell'AST di Ascoli Piceno, valida per l'anno 2024 per l'area \_\_\_\_\_ nella posizione n. \_\_\_\_\_ (Art. 21, comma 2, lett. h);
- Allega alla presente **copia di un valido documento di identità.**

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)

## ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO SE INVIATA VIA PEC

### DICHIARAZIONE

Ex Art. 46 e 47 DPR 445/2000

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
(prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ M\_\_ F\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
Indirizzo mail/PEC \_\_\_\_\_

*relativamente al procedimento telematico allegato alla presente dichiarazione per:*

essendo obbligatorio indicare la modalità di assolvimento dell'imposta di bollo, avvalendosi della facoltà prevista dall'art. 3 del Decreto Interministeriale 10/11/2011, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 e dall'art 483 del CP nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### Dichiara

- Che l'imposta di bollo è stata assolta in modo virtuale tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo da 16€ sull'originale cartaceo della domanda e che la marca da bollo ha il seguente n. 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.

La presente dichiarazione deve essere firmata in forma autografa o digitale da chi la rende. Qualora la stessa sia firmata autografamente la dichiarazione deve essere accompagnata da copia di un documento di identità valido.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

*Ogni comunicazione deve essere inoltrata a*

AST di ASCOLI PICENO –Marche,

UOC DAT

Via degli Iris n. 1 - 63100 Ascoli Piceno – telefono 0736358837

PEC: [ast.ascolipiceno@emarche.it](mailto:ast.ascolipiceno@emarche.it)