



U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE

AVVISO DI PUBBLICAZIONE DEI TURNI SPECIALISTICI VACANTI

4° TRIMESTRE 2023

L'AST di Ascoli Piceno, sede del Comitato Consultivo Zonale della Provincia di Ascoli Piceno, in relazione alla comunicazione pervenuta con nota prot. n. 102247/05/12/2023/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) per la cui attribuzione l'avente diritto è individuato tra gli specialisti inseriti nella graduatoria provinciale Anno 2023 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

-ALLERGOLOGIA: TURNO DI 30 ORE SETTIMANALI:

Il turno è indivisibile

(orari da concordare con il Direttore di Distretto)

Sede : DISTRETTO DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO

- n. 30 h sett.li.

-CARDIOLOGIA: TURNO DI 23,5 ORE SETTIMANALI:

Il turno è divisibile

(orari da concordare con i Direttori di Distretto)

Sede: DISTRETTO DI ASCOLI PICENO

- n. 2,5 h sett.li Poliambulatorio di Ascoli Piceno
- n. 15 h sett.li Poliambulatorio di Offida

Sede: DISTRETTO DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO

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

-RADIOLOGIA: TURNO DI 19 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.

I medici interessati dovranno inviare la domanda in bollo dall' 1° al 15 DICEMBRE 2023, 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

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 4° trimestre 2023

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 2023 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:
 - medico di medicina generale presso _____, dal _____,
 - medico pediatra di libera scelta presso _____, dal _____,
 - 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 dell'AST di Ascoli Piceno, valida per l'anno 2023 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