



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche

**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

**U.O.C. Direzione
Amministrativa Territoriale**

Recapiti
mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it
pec: ast.macerata@emarche.it

Prot. N. 16519/06/02/2024|AST-MC|CMSAT/P

SPECIALISTICA AMBULATORIALE BRANCA DERMATOLOGIA

AVVISI

MOBILITA' INTRAZIENDALE ART. 30 ACN/2021

ASSEGNAZIONE ORE PER COMPLETAMENTO ORARIO ART. 20 ACN/2021

RISERVATI AI TITOLARI D'INCARICO A TEMPO INDETERMINATO

PRESSO AST MACERATA

Questa A.S.T. di Macerata, dovendo provvedere alla copertura a tempo indeterminato di complessive **5,00 ore settimanali** nella branca DERMATOLOGIA, indice la **mobilità intraziendale**, da attuare prima delle procedure di cui all' art. 20 dell'A.C.N., riservata a coloro che abbiano svolto almeno 18 mesi di servizio nella sede di provenienza, alla data di pubblicazione del presente avviso.

In subordine alla procedura di cui sopra, in applicazione dell'art. 20 c. 1 dell'A.C.N., si chiede ai titolari della medesima branca presso l'A.S.T. di Macerata la disponibilità al completamento dell'orario, finalizzato alla realizzazione del tempo pieno.

Ore settimanali da assegnare

n. 5,00 ore

da svolgere:

mercoledì dalle ore 8,00 alle ore 13,00

Amb. Osp. di Com. di Recanati

(seduta unica non frazionabile)

	Servizio Sanitario Nazionale Regione Marche Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata	U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale Recapiti mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it pec: ast.macerata@emarche.it
---	---	---

-2-

Ciò premesso, le SS.LL., titolari d'incarico a tempo indeterminato, in qualità di Specialisti Ambulatoriali Convenzionati Interni, nella branca di DERMATOLOGIA presso questa A.S.T. di Macerata, ove interessate, dovranno far pervenire entro e non oltre **il 12/02/2024:**

A) domanda di mobilità nell'ambito di questa A.S.T. di Macerata, contenente la precisazione della/e sede/i e della/e seduta/e da rinunciare che dovrà essere di pari ore alla/e seduta/e per cui si dichiara la propria disponibilità.

Si fa presente ai fini della procedura di **MOBILITA' INTRAZIENDALE** che nel caso di più richiedenti, i requisiti per l'individuazione dell'avente diritto sono: maggiore anzianità di incarico; a parità di anzianità di incarico: la residenza ed in subordine particolari situazioni familiari.

L'assegnazione della mobilità, in esito alla procedura, **è comunque sempre condizionata al conferimento di incarico ad altro specialista ambulatoriale** sul turno dal quale si chiede il trasferimento e sarà resa operativa solo quando l'assegnazione delle ore vacanti nelle sedi interessate sarà completata.

e/o

B) comunicazione di disponibilità al completamento orario.

Si fa presente che le priorità di assegnazione saranno quelle previste dal succitato art. 20 comma 1, e che allo specialista, che rinunci al completamento di orario offerto nell'ambito provinciale in cui opera, secondo quanto previsto al comma 2, *"...è preclusa la possibilità di partecipare alla assegnazione di incarichi nella stessa Azienda per due turni di pubblicazione e di percepire l'indennità di cui all'art.45 fino all'accettazione di ampliamento orario, ai sensi del presente articolo o all'assegnazione di cui all'art. 21"*.

I titolari interessati agli avvisi ed in possesso dei requisiti richiesti sono invitati a comunicare la propria disponibilità compilando e sottoscrivendo i modelli di seguito allegati ed inviarli mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo ast.macerata@emarche.it precisando nell'oggetto del messaggio pec, in base alla tipologia di domanda le seguenti diciture: "Specialistica Ambulatoriale - mobilità intraziendale" e/o "Specialistica Ambulatoriale - completamento orario".

	Servizio Sanitario Nazionale Regione Marche Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata	U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale Recapiti mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it pec: ast.macerata@emarche.it
---	---	---

-3-

La mancata risposta agli avvisi di cui sopra entro, il termine perentorio sopra indicato costituisce rinuncia alla mobilità/completamento orario.

Il Direttore Amministrativo
in funzione
di Direttore DAT
f.to dr. Milco Coacci



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

**U.O.C. Direzione
Amministrativa Territoriale**

Recapiti
mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it
pec: ast.macerata@emarche.it

ALL'A.ST. DI MACERTA
U.O.C. DIR. AMM.VA TERRITORIALE
ast.macerata@emarche.it

**DICHIARAZIONE DISPONIBILITA'
MOBILITA' INTRAZIENDALE**
(ART.30 comma 6 dell'ACN)

Il/La sottoscritto/a Dr. _____

Nato/a a _____ il _____ residente a _____ CAP _____ in

Via _____ n. _____

titolare d'incarico a tempo indeterminato per complessive _____ ore di specialistica ambulatoriale nella
branca _____

con anzianità d'incarico dal _____

DICHIARA

☐ **LA PROPRIA DISPONIBILITA'**

alla mobilità intraziendale ex art 30 comma 6 dell'ACN da espletarsi nel seguente modo:

Luogo e data

Firma _____



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

**U.O.C. Direzione
Amministrativa Territoriale**

Recapiti
mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it
pec: ast.macerata@emarche.it

ALL'A.S.T. DI MACERATA
U.O.C. DIR. AMM.VA TERRITORIALE
ast.macerata@emarche.it

**DICHIARAZIONE DISPONIBILITA'
AL COMPLETAMENTO ORARIO
(ART. 20 comma 1 dell'ACN)**

Il/La sottoscritto/a Dr. _____

Nato/a _____ il _____ residente a _____ CAP _____ in

Via _____ n. _____

titolare d'incarico a tempo indeterminato per complessive _____ ore di specialistica ambulatoriale nella
branca _____

presso questa A.S.T. di Macerata per n. _____ ore settimanali

presso _____ per n. _____ ore settimanali

con anzianità d'incarico dal _____

DICHIARA

☐ **LA PROPRIA DISPONIBILITA'**

al completamento dell'orario finalizzato alla realizzazione del tempo pieno ex art.20, c.1 dell'ACN per n. ore _____

nella branca di DERMATOLGIA da

espletarsi: _____

Luogo e data

Firma _____