



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

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

Recapiti  
Mail: [territorio.ast.mc@sanita.marche.it](mailto:territorio.ast.mc@sanita.marche.it)  
pec: [ast.macerata@emarche.it](mailto:ast.macerata@emarche.it)

Prot. N. 16445 | 06 / 02 / 2024 | AST-MC|MCDATERR|P

## **SPECIALISTICA AMBULATORIALE BRANCA NEUROLOGIA**

### **AVVISI**

#### **MOBILITA' INTRAZIENDALE ART. 30 ACN/2021**

#### **ASSEGNAZIONE ORE PER COMPLETAMENTO ORARIO ART. 20 ACN/2021**

#### **RISERVATI AI TITOLARI D'INCARICO A TEMPO INDETERMINATO**

Questa Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata, dovendo provvedere alla copertura a tempo indeterminato di complessive **5 ore settimanali** nella branca **Neurologia**, indice la **mobilità intraaziendale**, da attuare prima delle procedure di cui all' art. 20 ACN/2021, 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 ACN/2021, si chiede ai titolari della medesima branca presso l'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata la **disponibilità al completamento dell'orario**, finalizzato alla realizzazione del tempo pieno.

Di seguito la sede e l'orario delle ore vacanti:

<b>5 ore settimanali</b> <b>Martedì 9:00 – 14:00</b>	<b>Poliambulatorio di Macerata</b>
<b>La seduta è dedicata a visite neurologiche propedeutiche al rilascio e/o rinnovo delle patenti di guida e ad attività ambulatoriale.</b>	

Ciò premesso, le SS.LL., titolari d'incarico a tempo indeterminato, in qualità di Specialisti Ambulatoriali Convenzionati Interni, nella branca Odontoiatria presso questa AST di Macerata, ove interessate, dovranno a pena di decadenza, far pervenire entro e non oltre il **15/02/2024**:

- A) domanda di mobilità nell'ambito di questa AST di Macerata, contenente la precisazione della sede/i e della seduta/e da rinunciare che dovrà essere di pari ore alla seduta/e per cui si dichiara la propria disponibilità.**



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

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

Recapiti  
Mail: [territorio.ast.mc@sanita.marche.it](mailto:territorio.ast.mc@sanita.marche.it)  
pec: [ast.macerata@emarche.it](mailto:ast.macerata@emarche.it)

Si fa presente che, ai fini della procedura nel caso di più richiedenti, i requisiti per l'individuazione sono: maggiore 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 saranno coperte.

e/o

**B) comunicazione di disponibilità al completamento orario.**

Si fa presente che le priorità di assegnazione saranno quelle previste dall' art. 20 comma 1, e che allo specialista, che rinunci al completamento di orario, 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 titoli richiesti sono invitati a comunicare la propria disponibilità compilando e sottoscrivendo i modelli di seguito allegati ed inviarli a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo [ast.macerata@emarche.it](mailto:ast.macerata@emarche.it), , precisando nell'oggetto del messaggio pec, in base alla tipologia di domanda, le seguenti diciture: "Specialistica ambulatoriale - mobilità intraaziendale" e/o "Specialistica ambulatoriale - completamento orario".

**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 Dirigente Amm.vo U.O.C. D.A.T.  
f.to Dott. 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](mailto:territorio.ast.mc@sanita.marche.it)  
pec: [ast.macerata@emarche.it](mailto:ast.macerata@emarche.it)

ALL'AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI MACERATA  
U.O.C. DIR. AMM.VA TERRITORIALE  
[ast.macerata@emarche.it](mailto:ast.macerata@emarche.it)

**DICHIARAZIONE DISPONIBILITA'  
MOBILITA' INTRAZIENDALE  
(ART.30 comma 6 ACN/2021)**

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/2021 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](mailto:territorio.ast.mc@sanita.marche.it)  
pec: [ast.macerata@emarche.it](mailto:ast.macerata@emarche.it)

ALL'AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI MACERATA  
U.O.C. DIR. AMM.VA TERRITORIALE  
[ast.macerata@emarche.it](mailto:ast.macerata@emarche.it)

**DICHIARAZIONE DISPONIBILITA'**  
**AL COMPLETAMENTO ORARIO**  
(ART. 20 comma 1 ACN/2021)

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 \_\_\_\_\_

presso questa AST 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 ACN/2021 per  
n. ore \_\_\_\_\_ nella branca di \_\_\_\_\_

da espletarsi: \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_