



U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale- Medicina Convenzionata AV2

Tel.: 0731534617

e-mail: vanessa.cartuccia@sanita.marche.it

Prot. n. 146496/01/09/2021/ASURAV2/AV2DATMC/P

**AVVISO DI PUBBLICAZIONE ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE VACANTI
IN AV2 (Art.20 ACN 2020 e ss.mm.ii.)
PERIODO 01-15 SETTEMBRE 2021**

In relazione alle comunicazioni pervenute dai Distretti di Senigallia, Jesi, Fabriano, Ancona, dagli enti INAIL e INRCA ed in conformità a quanto stabilito dall'art. 20 ACN/2020 e ss.mm.ii., questa Area Vasta pubblica i turni vacanti di specialistica ambulatoriale e medicina veterinaria allegati al presente avviso.

L'attribuzione dei turni disponibili a tempo indeterminato è riservata alle categorie di cui all'art. 21 comma 2 dell' Acn 2020 e ss.mm.ii, dalla lettera a alla lettera j, tenuto conto dei vincoli di prelazione e dei criteri di graduazione previsti dal successivo comma 3.

L'attribuzione dei turni disponibili a tempo determinato è riservata, invece, alle categorie di cui all'art. 22.

Gli incarichi saranno assegnati nel rispetto di quanto previsto dall'art. 27 ACN/2020 e ss.mm.ii. e, 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. 2020 e ss.mm.ii., dovrà essere specificato nella domanda l'attività/le ore di incarico che si dichiara voler interrompere/ridurre.

I medici interessati dovranno inviare la domanda - **specificando gerarchicamente i turni ai quali sono interessati (indicando pertanto l'ordine di priorità) - dal 01 al 15 SETTEMBRE 2021** a mezzo Raccomandata A/R o Posta Elettronica Certificata, indirizzata a:

- **ASUR-AREA VASTA 2 – 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: areavasta2.asur@emarche.it.**

Si raccomanda di utilizzare lo schema della domanda disponibile sul sito internet ASUR-AV2- Medicina Convenzionata alla pagina "AVVISI" poiché, eventuali dichiarazioni di disponibilità presentate tramite modello non conforme a quello indicato, non verranno prese in considerazione.

IL DIRETTORE F.F.
U.O.C. D.A.T. E MEDICINA CONVENZIONATA AV2
Dott.ssa Marinella Cardinaletti

N.B: il documento si compone di n. 2 allegati:

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;



ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE VACANTI
per l'assegnazione A TEMPO INDETERMINATO

(art. 20-21 ACN/2020 e ss.mm.ii.)

Periodo 01- 15 SETTEMBRE 2021

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

SERVIZIO UMEE Branca di Neuropsichiatria Infantile	n. 34 ore sett.li così suddivise: <ul style="list-style-type: none">• n. 13 ore sett.li UMEE Osimo (Distretto di Ancona);• n. 13 ore sett.li UMEE Castelfidardo (Distretto di Ancona);• n. 8 ore sett.li UMEE Senigallia (Distretto di Senigallia).
Branca di Pneumologia (Distretto di Ancona)	n. 24 ore così suddivise: <ul style="list-style-type: none">• n. 12 ore al Poliambulatorio 2000;• n. 8 ore al Poliambulatorio di Falconara;• n. 4 ore al Poliambulatorio Camerano.
Branca di Cardiologia	n. 23 ore sett.li così suddivise: <ul style="list-style-type: none">• n. 19 ore settimanali – sede di Sassoferrato (Distretto di Fabriano);• n. 4 ore settimanali - Casa Circondariale di Montacuto di Ancona – Medicina Penitenziaria (Distretto di Ancona).
Branca di Ortopedia	n. 14 ore 30' così suddivise: <ul style="list-style-type: none">• n. 2 ore 30' ore settimanali - sede di Cupramontana (Distretto di Jesi);• n. 3 ore settimanali - sede di Montecarotto (Distretto di Jesi);• n. 2 ore settimanali - sede di Chiaravalle (Distretto di Ancona);• n. 7 ore settimanali - Distretto di Senigallia.
Branca di Fisiatria (Distretto di Ancona)	n. 23 ore sett.li così suddivise: <ul style="list-style-type: none">• n. 6 ore sett.li Camerano;• n. 5 ore sett.li Collemarino;• n. 4 ore Falconara;• n. 4 ore Chiaravalle;• n. 4 ore settimanali - Casa Circondariale di Montacuto di Ancona (Medicina Penitenziaria).
Branca di Ostetricia e Ginecologia (Distretto di Jesi)	n. 9 ore sett.li così suddivise: <ul style="list-style-type: none">• n. 5 ore sett.li – sede di Cingoli;• n. 4 ore sett.li – sede Filottrano.
Branca di Otorinolaringoiatria	n. 13 ore così suddivise: <ul style="list-style-type: none">• n. 7 ore - Distretto Senigallia;• n. 6 ore sett.li presso Poliambulatorio Viale Vittoria (Distretto di Ancona).
Branca di Medicina dello Sport	n. 10 ore e 30' ore sett.li così suddivise: <ul style="list-style-type: none">• n. 3 ore e 45' presso la sede di Osimo;• n. 2 ore e 15' presso la sede di Camerano;• n. 4 ore e 30' presso la sede di Loreto.
Branca di Medicina Veterinaria	• n. 8 ore Area C – Settore S.I.A.P.Z.

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede Legale: via Oberdan 2 – 60100 ANCONA – Codice Fiscale/ Partita IVA 02175860424

Area Vasta n.2

Sede amministrativa: Via Turati , 51 – 60044 Fabriano (AN)



ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE
per l'assegnazione A TEMPO DETERMINATO
(art. 20-22 ACN/2020 e ss.mm.ii.)
Periodo 01-15 SETTEMBRE 2021

Dichiarazione di disponibilità da inviare con Raccomandata A/R o PEC

.....

- | | |
|------------------------------------|--|
| Branca di Medicina Legale | • n. 24 ore sett.li – sei mesi eventualmente rinnovabile; |
| Branca di Radiologia | • n. 12 ore sett.li, durata dodici mesi (ACNL2015) c/o INAIL di ANCONA (incarico con orario antimeridiano) |
| Branca di Ostetricia e Ginecologia | • n. 10 ore settimanali, durata sei mesi presso il Distretto di Senigallia |

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede Legale: via Oberdan 2 – 60100 ANCONA – Codice Fiscale/ Partita IVA 02175860424

Area Vasta n.2

Sede amministrativa: Via Turati , 51 – 60044 Fabriano (AN)



Allegato n. 1

Racc. A.R. o PEC

ALL'AREA VASTA 2
U.O.C. DAT -
MEDICINA CONVENZIONATA
Via C. Colombo 106 (ex CRASS)
60127 **A N C O N A**

Dichiarazione di disponibilità per l'assegnazione delle ore vacanti a tempo indeterminato (art. 21 ACN/2020 e ss.mm.ii.)
PERIODO 01-15 SETTEMBRE 2021

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 _____,

Dichiara

la propria **disponibilità** al conferimento di incarico **a tempo indeterminato** per i turni di seguito indicati e pubblicati dall' Area Vasta 2, nel periodo **01-15 SETTEMBRE 2021**:

- 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 si intendono tutti i tipi di incarico, inclusi incarichi di sostituzione, a tempo determinato e provvisori.

N.B.: i punti di prelazione sotto riportati, sono quelli di cui all'art. 21 dell' ACN vigente per la Specialistica Ambulatoriale e medicina Veterinaria. L' ordine degli stessi, costituisce vincolo di prelazione. Uno specialista, nonostante possa collocarsi in più punti dell'ordine, deve obbligatoriamente sceglierne uno, presumibilmente il più valido.

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede Legale: via Oberdan 2 – 60100 ANCONA – Codice Fiscale/ Partita IVA 02175860424

Area Vasta n.2

Sede amministrativa: Via Turati , 51 – 60044 Fabriano (AN)



DICHIARA, altresì, di essere:

- titolare di incarico a tempo indeterminato nell' Area Vasta 2 - 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'Area Vasta n. _____ della Regione Marche o nella ASL di _____ della Regione confinante _____, per n. ore _____, con anzianità d'incarico dal _____, o titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali INAIL e SASN ubicate nell'ambito zonale dell'Area Vasta n.____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/2020 e ss.mm.ii, 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'Area Vasta 2 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/2020 e ss.mm.ii (Art. 21, comma 2, lett.g);
- specialista iscritto nella graduatoria dei Medici Specialisti Ambulatoriali dell'Area Vasta 2, valida per l'anno 2021 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/2020 e ss.mm.ii ma non ancora iscritto nella graduatoria vigente (art.21, comma 2, lettera 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):
 - o medico di medicina generale presso _____, dal _____;
 - o medico specialista pediatra di libera scelta presso _____, dal _____;
 - o medico dipendente del SSN presso _____, dal _____;

disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro.

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede Legale: via Oberdan 2 – 60100 ANCONA – Codice Fiscale/ Partita IVA 02175860424

Area Vasta n.2

Sede amministrativa: Via Turati , 51 – 60044 Fabriano (AN)



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

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede Legale: via Oberdan 2 – 60100 ANCONA – Codice Fiscale/ Partita IVA 02175860424

Area Vasta n.2

Sede amministrativa: Via Turati , 51 – 60044 Fabriano (AN)



Allegato n. 2

Racc. A.R. o PEC

**ALL'AREA VASTA 2
U.O.C. DAT -
MEDICINA CONVENZIONATA
Via C. Colombo 106 (ex CRASS)
60127 **A N C O N A****

**Dichiarazione disponibilità ore a tempo determinato
(art. 22 ACN/2020 e ss.mm.ii.)
PERIODO 01-15 SETTEMBRE 2021**

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 _____,

Dichiara

la propria **disponibilità** al conferimento di incarico **a tempo determinato** per i turni di seguito
indicati e pubblicati dall' Area Vasta 2, nel periodo **01-15 SETTEMBRE 2021**:

- 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 nella graduatoria dei medici specialisti ambulatoriali dell'Area Vasta n.2 valida per l'anno 2021, Branca di _____, nella posizione n._____(Art.22, Comma 2);
- non essere iscritto nella graduatoria dei medici specialisti ambulatoriali dell'Area Vasta n.2 valida per l'anno 2021, Branca di _____,(Art22, comma 3).
- svolgere altri incarichi a tempo determinato 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 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)

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede Legale: via Oberdan 2 – 60100 ANCONA – Codice Fiscale/ Partita IVA 02175860424

Area Vasta n.2

Sede amministrativa: Via Turati , 51 – 60044 Fabriano (AN)