



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

Prot. n. 2022-14/01/12/2022/ASURAV2/AV2DAMCIP.....

**AVVISO DI PUBBLICAZIONE ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE VACANTI  
IN AV2 (Art.20 ACN 20/05/2021)  
PERIODO 01-15 DICEMBRE 2022**

In relazione alle comunicazioni pervenute dai Distretti di Senigallia, Jesi, Fabriano, Ancona e dall' ente INRCA ed in conformità a quanto stabilito dall'art. 20 ACN/2021, questa Area Vasta pubblica le ore vacanti di specialistica ambulatoriale e medicina veterinaria allegati al presente avviso.

L'attribuzione delle ore di incarico a tempo indeterminato è riservata alle categorie di cui all'art. 21 comma 2 dell' ACN 2021, dalla lettera a alla lettera j, tenuto conto dei vincoli di prelazione e dei criteri di graduazione previsti dal successivo comma 3.

L'attribuzione delle ore di incarico a tempo determinato è riservata, invece, alle categorie di cui all'art. 22.

L'assegnazione delle ore di incarico a tempo indeterminato e a tempo determinato, verrà effettuata tenuto conto di quanto stabilito dalla Norma Finale n. 7 e dall'art. 27 ACN/2021. 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 2021, nella domanda dovrà essere specificata l'attività che si dichiara voler interrompere o le ore di incarico che si è disponibili a ridurre.

I medici interessati dovranno inviare la domanda - **specificando, in ordine di preferenza, le ore di incarico alle quali sono interessati - dal 1° al 15 DICEMBRE 2022** - 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](mailto:areavasta2.asur@emarche.it).**

Si raccomanda di utilizzare lo schema della domanda allegato poiché eventuali dichiarazioni di disponibilità presentate tramite modello non conforme a quello indicato, non verranno prese in considerazione.

Si raccomanda inoltre (nel caso si utilizzi la Pec) di inserire il seguente oggetto al momento dell' invio: "MSA - PUBBLICAZIONI ORE VACANTI - mese /anno - BRANCA..... - NOME e COGNOME".

Si ricorda che, al termine della scadenza per la presentazione della domanda, verrà pubblicata sul sito ASUR - MEDICINA CONVENZIONATA - AREA VASTA 2, una graduatoria provvisoria che sarà utile ai fini della presentazione di eventuali osservazioni, da avanzare entro il termine indicato nella stessa. Dopo l'esame delle istanze pervenute, si procederà alla pubblicazione della graduatoria definitiva.

**La Dirigente Responsabile**  
**Dott.ssa Marinella Cardinetti**

N.B: il documento si compone di n. 1 allegato:

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;

Per info, contattare [specialisticaamban.av2@sanita.marche.it](mailto:specialisticaamban.av2@sanita.marche.it)

**Periodo 01-15 DICEMBRE 2022**

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

**ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE VACANTI**  
**per l'assegnazione A TEMPO INDETERMINATO**  
**(art. 20-21 ACN/2021)**

SERVIZIO UMEE Branca di Neuropsichiatria Infantile	n. 57 ore sett.li così suddivise: • n. 19 ore sett.li presso Jesi (Distretto di Jesi); • n. 38 ore sett.li presso Fabriano (Distretto di Fabriano).
Branca di Geriatria	n. 38 ore sett.li presso il Distretto di Fabriano
Branca di Neurologia	n.17 ore sett.li così suddivise: n. 4 ore 30' sett.li presso il Distretto di Senigallia n. 12 ore 30' sett.li presso il Distretto di Fabriano
Branca di Pediatria	n. 20 ore sett.li presso Casa di Comunità di Sassoferrato (Distretto di Fabriano)
Branca di Medicina dello Sport (Distretto di Ancona)	n. 13 ore 30' sett.li così suddivise: • n. 5 ore sett.li presso Osimo; • n. 3 ore sett.li presso Camerano; • n. 5 ore 30' sett.li presso Loreto.
Branca di Pneumologia	n. 20 ore sett.li così suddivise: • n. 14 ore sett.li presso il Distretto di Fabriano; • n. 6 ore sett.li presso Poliambulatorio di Osimo (Distretto di Ancona).
Branca di Chirurgia	n. 6 ore sett.li presso il Distretto di Senigallia
Branca di Ostetricia e Ginecologia (Distretto di Jesi)	n. 9 ore sett.li così suddivise: • n. 5 ore sett.li – sede di Cingoli; • n. 4 ore sett.li – sede Filottrano.
Branca di Medicina Veterinaria – Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	n.. 6 ore sett.li presso Ancona
Branca di Radiologia (Distretto di Fabriano)	n. 20 ore sett.li, così suddivise: • n. 10 ore sett.li presso Casa di Comunità di Sassoferrato; • n. 10 ore sett.li presso Casa di Comunità di Fabriano.

**ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE**  
**per l'assegnazione A TEMPO DETERMINATO**  
**(art. 20-22 ACN/2021)**

Branca di Psichiatria I presenti incarichi sono stati attivati come da richiesta del Direttore del Dipartimento di Dipendenze Patologiche AV2 (prot. 203133 del 01/12/2022), previsto dal relativo progetto di cui al Decreto del Dirigente del settore territorio ed integrazione socio sanitaria - ARS n. 16 del 07/09/2022.	n. 2 incarichi da 6 mesi, così organizzati: • uno da n. 36 ore sett.li, da svolgere presso STDP Jesi (per n. 14 ore sett.li) e Fabriano (n. 22 ore sett.li); • uno da n. 20 ore sett.li da svolgere presso STDP Ancona.
---	---



**Allegato n. 1**

Racc. A.R. o PEC all'

U.O.C. DAT – MEDICINA CONVENZIONATA AV2  
Via C. Colombo 106 (ex CRASS)

60127 ANCONA

**Dichiarazione di disponibilità per l'assegnazione delle ore vacanti a tempo indeterminato (art. 21 ACN/2021)  
PERIODO 01-15 DICEMBRE 2022**

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 \_\_\_\_\_, Pec \_\_\_\_\_,

**Dichiara**

la propria **disponibilità** al conferimento di incarico **a tempo indeterminato** per le ore di incarico di seguito indicate e pubblicate dall' Area Vasta 2, nel periodo **1-15 DICEMBRE 2022**:

- 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, che deve essere espressamente dichiarato, si fa riferimento a tutti i tipi di incarico in regime di dipendenza e di convenzione (inclusi gli 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, Medicina Veterinaria e le altre Professioni Sanitarie . L' ordine degli stessi, costituisce vincolo di prelazione. Lo specialista, nonostante possa collocarsi in più punti dell'ordine, deve obbligatoriamente sceglierne uno, presumibilmente il più fedele al proprio status giuridico. (Cfr. Nota Sisac prot. 396/2021)



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/2021, 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/2021 (Art. 21, comma 2, lett. g);
- specialista iscritto nella graduatoria dei Medici, Veterinari e Psicologi-Psicoterapeuti, Specialisti Ambulatoriali dell'Area Vasta 2 vigente (approvata con determina del Direttore della Area Vasta n. 2 n. 375/av2 del 01/03/2022), 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/2021 ma non ancora iscritto nella graduatoria vigente (art.21, comma 2, lett. 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)





**Allegato n. 2**

Racc. A.R. o PEC all' U.O.C. DAT – MEDICINA CONVENZIONATA AV2  
Via C. Colombo 106 (ex CRASS)

60127 ANCONA

**Dichiarazione disponibilità ore a tempo determinato (art. 22  
ACN/2021)**

**PERIODO 01-15 DICEMBRE 2022**

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  
\_\_\_\_\_, Pec \_\_\_\_\_,

**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 DICEMBRE 2022**:

- 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, veterinari, psicologi-psicoterapeuti, specialisti ambulatoriali dell'Area Vasta n.2 vigente (approvata con determina del Direttore della Area Vasta n. 2 n. 375/av2 del 01/03/2022), Branca di \_\_\_\_\_, nella posizione n. \_\_\_\_\_ (Art. 22, Comma 2);
- non essere iscritto nella graduatoria dei medici, veterinari, psicologi-psicoterapeuti, specialisti ambulatoriali dell'Area Vasta n.2 vigente (approvata con determina del Direttore della Area Vasta n. 2 n. 375/av2 del 01/03/2022) Branca di \_\_\_\_\_, (Art22, comma 3);
- Sezione riservata alla branca di Odontoiatria
- essere uno specialista **non** in possesso dei requisiti di cui all' art.19 ACN/2021 (Norma Finale n. 7). Dichiara, a tal fine:
4. di aver conseguito la laurea in Odontoiatria e protesi dentaria - Medicina e Chirurgia (cerchiare l'alternativa di interesse) con votazione.....;
  5. di essere iscritto all' Albo degli Odontoiatri n. ....;
  6. di aver svolto l' attività convenzionale, **ai sensi dell'ACN di categoria**, di seguito descritta:



**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

Il sottoscritto....., nato a.....  
(prov.....)il.....M\_\_F\_\_Codice Fiscale.....  
Comune di residenza.....(prov.....)  
Indirizzo .....n.....Cap.....  
telefono.....  
PEC.....e-mail.....

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

DICHIARA

1. di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. di essere/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
3. di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. di essere/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
5. di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
6. di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
7. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
8. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
9. di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale, che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi ( *in caso*

*affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività*\_\_\_\_\_);

10. di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

11. di fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

12. di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. *(in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività*\_\_\_\_\_);

13. di essere /non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8-quinquies, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

14. di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

15. di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;

16. di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale *(in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata*\_\_\_\_\_);

17. di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei\_\_\_\_\_ di\_\_\_\_\_.  
*In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo):*\_\_\_\_\_;

18. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

19. di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale *(in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta*\_\_\_\_\_ *e la misura dell'indennità percepita*\_\_\_\_\_).

NOTE (3)

.....  
.....  
.....  
.....

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data.....Firma per esteso .....

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_  
con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_

Il funzionario

\_\_\_\_\_

*(1) cancellare la parte che non interessa*

*(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità*

*(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.*

**N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni al comitato di cui all'art. 18 dell'ACN, relative alle modificazioni intervenute nello stato professionale.**