

**COMITATO CONSULTIVO PROVINCIALE EX ART.20 ACN/2019 PER LA GESTIONE DELLA MEDICINA
SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER LA PROVINCIA DI FERMO**

c/o Uffici Amministrativi AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE di Fermo - Via Zeppilli n. 18 - 63900 Fermo
segreteria: tel. 0734/6252004 - fax 0734/6253459

E.mail : francesco.palettil@sanita.marche.it

**AVVISO DI PUBBLICAZIONE DEI TURNI SPECIALISTICI VACANTI I TRIMESTRE
2024.**

Sono pubblicati, con il presente avviso, i turni vacanti di specialistica ambulatoriale cui agli atti dell' Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo.

Per l'attribuzione dei turni disponibili, l'avente diritto è individuato tra gli specialisti in possesso del titolo di specializzazione nella branca per cui concorre, secondo le priorità previste dall'art. 21 dell'ACN/2019 e .s.m.i.. l'Azienda, dopo aver esperito inutilmente le procedure osservando tutte le priorità di cui al comma 2, può conferire l'incarico anche a specialisti, veterinari o professionisti operanti in Regioni non confinanti, nel limite di quanto previsto all'art. 28 comma 1 del presente Accordo.

I medici interessati dovranno inviare la domanda in **bollo, durante il periodo di pubblicazione degli incarichi di cui all'art. 20 comma 3 del vigente ACN, a mezzo racc. A/R, indirizzata al Comitato Consultivo Provinciale, c/o Azienda Sanitaria Territoriale di FERMO, Via Zeppilli, 18, - 63900 Fermo o mediante posta certificata al seguente indirizzo aziendale ast.fermo@emarche.it** Il rispetto del termine dovrà risultare esclusivamente dal timbro postale applicato sulla raccomandata.

Non saranno prese in considerazione le dichiarazioni di disponibilità pervenute al Comitato Provinciale in modo diverso da quello indicato.

- Gli aspiranti, qualora si trovino in una delle posizioni d'incompatibilità previste dall'art. 4, comma 7, della Legge n. 412/91 e dall'art. 27 dell'Accordo Collettivo Nazionale o svolgano altre attività compatibili che, sommate alle ore d'incarico richieste, vengano a superare il massimale orario consentito dall'art. 28, dovranno specificare nella domanda l'attività che sono disposti ad interrompere o a sospendere.
- Laddove, in sede di pubblicazione, è richiesto il possesso di particolari capacità professionali, lo specialista interessato dovrà allegare alla domanda – pena l'esclusione dall'assegnazione del turno per quale sono richiesti requisiti specifici – idonea documentazione, rilasciata da strutture pubbliche o private accreditate, o regolarmente autocertificata, comprovante il possesso delle capacità professionali richieste, acquisite dopo il conseguimento del titolo di specializzazione.

L'apposita Commissione, provvederà, prima dell'assegnazione del turno, alla verifica della documentazione trasmessa.

fp

01 MAR. 2024

IL PRESIDENTE
Dott. Roberto Grinta



TURNI SPECIALISTICI – I Trimestre 2024

Dichiarazione di disponibilità in BOLLO da inviare con lettera raccomandata o posta certificata durante il periodo di pubblicazione degli incarichi di cui all'articolo 20 comma 3 vigente ACN.

INCARICO A TEMPO INDETERMINATO EX ART. 21 A.C.N.

Branca: Cardiologia INCARICO A TEMPO INDETERMINATO TURNO DIVISIBILE
n. 34 ore settimanali Sede AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE
Branca : Pneumologia INCARICO A TEMPO INDETERMINATO
n. 38 ore settimanali Sede AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE
Branca : Oculistica INCARICO A TEMPO INDETERMINATO TURNO DIVISIBILE
n.28 ore sett.li sede AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE
Branca : Medicina dello Sport INCARICO A TEMPO INDETERMINATO
n. 25 ore sett.li sede AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE



ALL'AZIENDA SANITARIA
TERRITORIALE

U.O.C. DAT

Racc. A.R.

Via Zeppilli 18
63900 FERMO

PEC: ast.fermo@emarche.it

Dichiarazione disponibilità turni vacanti a tempo indeterminato

(ART. 21 ACN/2020)

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 i turni di seguito indicati e pubblicati dall'Azienda
Sanitaria Territoriale di FERMO, nel I trimestre 2024

(in caso di più turni, indicare anche l'ordine di preferenza)

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 (AST 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. 21, 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/2020 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'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo 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 dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo, 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 .

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)