

	Servizio Sanitario Nazionale Regione Marche Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata	U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale Direttore f.f. Dott. Massimiliano Carpineti Recapiti Tel. 07332572731 Mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it pec: ast.macerata@emarche.it
---	---	--

Macerata, prot. n. 28474/04/03/2024 | AST-MC | MCDATERR | P

**AVVISO DI PUBBLICAZIONE DEI TURNI VACANTI
SPECIALISTICA AMBULATORIALE
1° TRIMESTRE 2024**

ERRATA CORRIGE

Con riferimento al turno vacante di Medicina Veterinaria pubblicato con prot. n. 27968 in data 01/03/2024, si precisa che l'Area interessata è la SANITA' ANIMALE.

I turni sono modificati come di seguito riportato.

In relazione alle comunicazioni pervenute dai Distretti di Macerata, Civitanova e Camerino, in conformità a quanto stabilito dall'art. 20, comma 3 dell'ACN/2021, rep. n. 60/CSR del 20 maggio 2021, questa AST pubblica i turni vacanti di specialistica ambulatoriale allegati al presente avviso, dal giorno 1 al giorno 15 di questo mese.

Per l'assegnazione dei turni disponibili, l'avente diritto è individuato prioritariamente tra gli specialisti titolari d'incarico a tempo indeterminato o tra gli specialisti iscritti nelle graduatorie in vigore, secondo le priorità previste dall'art. 21, comma 2 e dall'art. 22 dell'ACN/2021.

Gli incarichi sono assegnati nel rispetto della disciplina delle incompatibilità prevista dall'art. 27 ACN/2021. Le eventuali situazioni di incompatibilità a carico dello specialista incluso nella graduatoria dovranno essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

Gli incarichi pubblicati per esigenze connesse a progetti finalizzati hanno durata limitata nel tempo (tempo determinato, non superiore a sei mesi).

Le domande degli specialisti aspiranti agli incarichi (comprehensive di autocertificazione informativa) dovranno essere inviate, pena l'esclusione, all'indirizzo **PEC: ast.macerata@emarche.it**

dall'01 al 15 marzo 2024

	Servizio Sanitario Nazionale Regione Marche Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata	U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale Direttore f.f. Dott. Massimiliano Carpineti Recapiti Tel. 07332572731 Mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it pec: ast.macerata@emarche.it
---	---	--

specificando nell'oggetto **“TURNI VACANTI”**. Non saranno prese in considerazione le dichiarazioni di disponibilità pervenute al Comitato Zonale in modo diverso da quello indicato.

Gli aspiranti, qualora svolgano altre attività compatibili che, sommate alle ore d'incarico richieste, superino il massimale orario consentito, dovranno specificare nella domanda l'attività che sono disposti ad interrompere o a sospendere.

Laddove, in sede di pubblicazione, sia richiesto il possesso di particolari capacità professionali (art. 20, comma 5 dell'ACN/2021) lo specialista interessato dovrà allegare alla domanda idonea documentazione comprovante il possesso delle capacità professionali richieste, acquisite dopo il conseguimento del titolo di specializzazione, pena la mancata valutazione del possesso dei requisiti.

Le graduatorie delle disponibilità pervenute saranno pubblicate sul sito dell'AST di Macerata.

Ogni comunicazione di questa AST verso specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti avverrà esclusivamente attraverso modalità informatizzate e l'impiego della Posta Elettronica Certificata.

IL DIRETTORE F.F. U.O.C. D.A.T.

f.to Dott. Massimiliano Carpineti

II DIRETTORE SOCIO-SANITARIO

f.to Dott. Giancarlo Cordani



Il Responsabile del procedimento
La Segreteria del Comitato Zonale
Dr.ssa Donatella Uncinetti Rinaldelli

	Servizio Sanitario Nazionale Regione Marche Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata	U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale Direttore f.f. Dott. Massimiliano Carpineti Recapiti Tel. 07332572731 Mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it pec: ast.macerata@emarche.it
---	---	--

U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE MACERATA

TURNI VACANTI SPECIALISTICA AMBULATORIALE
1° trimestre 2024

Presentazione delle domande:
dal 01 al 15 marzo 2024

Branca	Ore settimanali	Tipo di incarico
RADIOLOGIA	<u>n. 33 ore</u> Lunedì 8-14 Ospedale Civitanova Lunedì 15-18 Poliambulatorio Civitanova Martedì 8-13 Poliambulatorio Civitanova Mercoledì 8-13 Poliambulatorio Civitanova Giovedì 8-14 Ospedale Civitanova Venerdì 8-13 Poliambulatorio Civitanova Venerdì 15-18 Poliambulatorio Civitanova <i>Frazionabile per seduta</i> <i>(I turni da effettuare presso il Pol.di Civitanova M. sono dedicati esclusivamente ad attività ecografica)</i>	Tempo indeterminato
CARDIOLOGIA	<u>n. 12,30 ore</u> Lunedì 9.30 -13 Poliambulatorio Macerata Venerdì 8 – 13 Poliambulatorio Trodica Sabato 8.30-12.30 Pol. Tolentino <i>Frazionabile per seduta</i>	Tempo indeterminato
OCULISTICA	<u>n. 50,30 ore</u> Lunedì 9-14 e 14.30-18 - Ospedale di Comunità – Recanati Martedì 9 – 14 Poliambulatorio Tolentino Martedì 9-14 /Poliambulatorio Camerino Martedì 14.30-19 /Poliambulatorio Matelica Mercoledì 9-14 Poliambulatorio Camerino Mercoledì 14.30-17 Poliambulatorio Camerino Mercoledì 15-19 Poliambulatorio Tolentino Giovedì 8-14 Poliambulatorio Tolentino Giovedì 8-14 Pol. San Severino Marche Venerdì 9 – 13 Poliambulatorio Sarnano	Tempo indeterminato

	Servizio Sanitario Nazionale Regione Marche Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata	U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale Direttore f.f. Dott. Massimiliano Carpineti Recapiti Tel. 07332572731 Mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it pec: ast.macerata@emarche.it
---	---	--

	<i>Frazionabile per seduta</i>	
GINECOLOGIA	<u>n. 5,30 ore</u> Venerdì 8.30 -14.00 Poliambulatorio Matelica	Tempo indeterminato
GERIATRIA	<u>n. 18 ore</u> Giovedì 8.30- 13 Poliamb. San Severino Giovedì 14-18.30 Poliamb. San Severino Venerdì 8.30-13 Poliamb. Camerino Venerdì 14-18.30 Poliamb. Matelica <i>Frazionabile per seduta</i> <i>(Attività ambulatoriale da svolgere presso il CDCD di San Severino Marche e per attività di consulenze domiciliari (ADI, Case di riposo...))</i>	Tempo indeterminato
ODONTOIATRIA	<u>n. 9 ore</u> Mercoledì 8-13 Poliamb. Treia Mercoledì 9-13 Poliamb. Sarnano	Tempo indeterminato
NEUROLOGIA	<u>n. 5 ore</u> Mercoledì 9-14 Poliamb. Macerata <i>(La seduta è dedicata a visite neurologiche propedeutiche al rilascio e/o rinnovo delle patenti di guida e ad attività ambulatoriale)</i>	Tempo indeterminato
MED. VETERINARIA SANITA' ANIMALE (AREA A)	<u>n. 60 ore</u> n. 2 incarichi per 30 ore settimanali ognuno (5 ore al giorno per 6 giorni/settimana) per esecuzione progetto "Misure di contrasto delle malattie infettive diffusive Reg. UE 429/2016"	Tempo determinato 6 mesi

	Servizio Sanitario Nazionale Regione Marche Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata	U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale Direttore f.f. Dott. Massimiliano Carpineti Recapiti Tel. 07332572731 Mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it pec: ast.macerata@emarche.it
---	---	--

ALL'AST MACERATA
U.O.C. DIREZIONE AMM.VA TERRITORIALE
Via Annibali, 31/L

62100 PIEDIRIPA DI MACERATA

ast.macerata@emarche.it

Dichiarazione disponibilità turni vacanti a tempo indeterminato

(ART. 21 ACN/2021)

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ in via _____
in possesso del diploma di laurea in _____ conseguito il _____
presso _____
iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____
in possesso di specializzazione in _____ conseguita il _____
presso _____
Tel. _____
PEC _____
Mail _____

Dichiara la propria disponibilità

al conferimento di incarico per i turni di seguito indicati e pubblicati dall'Ast di
Macerata, nel _____ trimestre 20____

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

n. ore _____ branca di _____ presso _____
n. ore _____ branca di _____ presso _____
n. ore _____ branca di _____ presso _____

	Servizio Sanitario Nazionale Regione Marche Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata	U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale Direttore f.f. Dott. Massimiliano Carpineti Recapiti Tel. 07332572731 Mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it pec: ast.macerata@emarche.it
---	---	--

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

A tal fine dichiara di essere

- ☐ titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Ast di Macerata presso il Distretto di _____, per n. ore _____, con anzianità d'incarico dal _____ (Art. 21, comma 2, lett.a). **Dichiaro di essere disponibile a interrompere n. _____ ore svolte presso _____ per rientrare nel massimale orario.**
- ☐ titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Ast di _____ della Regione Marche o nella Azienda Sanitaria di _____ della Regione confinante _____, per n. ore _____, con anzianità d'incarico dal _____ (Art. 21, comma 2, lett.b).

Dichiaro di essere disponibile a interrompere n. _____ ore svolte presso _____ per rientrare nel massimale orario.

- ☐ titolare di incarico a tempo indeterminato nella Azienda Sanitaria di _____ della Regione non confinante _____, 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'Ast di Macerata 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 Specialisti Ambulatoriali dell'Ast di Macerata, in corso di validità, per la branca _____ 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 (Art. 21, comma 2, lett.i);

	Servizio Sanitario Nazionale Regione Marche Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata	U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale Direttore f.f. Dott. Massimiliano Carpineti Recapiti Tel. 07332572731 Mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it pec: ast.macerata@emarche.it
---	---	--

- ☐ titolare di incarico a tempo indeterminato in qualità di:
O medico di medicina generale, O medico pediatra di libera scelta, O medico dipendente del SSN presso _____, dal _____, disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro (Art. 21, comma 2, lett.j);

Allega alla presente **copia di un valido documento di identità** e per i turni per i quali è richiesta documentata esperienza, allega i seguenti documenti _____.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. N. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(data)

(firma)



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

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

**Direttore f.f.
Dott. Massimiliano Carpineti**

Recapiti
Tel. 07332572731
Mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it
pec: ast.macerata@emarche.it

ALL'AST MACERATA
U.O.C. DIREZIONE AMM.VA TERRITORIALE
Via Annibali, 31/L

62100 PIEDIRIPA DI MACERATA

ast.macerata@emarche.it

Dichiarazione disponibilità turni vacanti a tempo determinato

(ART. 22 ACN/2021).

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ in via _____
in possesso del diploma di laurea in _____ conseguito il _____
presso _____
iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____
in possesso di specializzazione in _____ conseguita il _____
presso _____
Tel. _____
PEC _____
Mail _____

Dichiara la propria disponibilità

al conferimento di incarico per n. _____ ore pubblicate nella branca di _____
a tempo determinato, disponibili nel ____ trimestre 20____
presso l'AST di Macerata,

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

A tal fine dichiara di essere

- ☐ specialista iscritto nella graduatoria dei Medici Specialisti Ambulatoriali dell'AST di Macerata, in corso di validità, per la branca _____ nella posizione n. _____ (Art. 22, comma 2);



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

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

**Direttore f.f.
Dott. Massimiliano Carpineti**

Recapiti
Tel. 07332572731
Mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it
pec: ast.macerata@emarche.it

- ☐ specialista non iscritto nella graduatoria dei Medici Specialisti Ambulatoriali dell'AST di Macerata ed in possesso dei requisiti previsti dall'ACN (Art. 22, comma 3).

Allega alla presente **copia di un valido documento di identità** e per i turni per i quali è richiesta documentata esperienza, allega i seguenti documenti_____.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. N. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(data)

(firma)