



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

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

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

Prot. N. 13803 | 31 / 01 / 2024|AST-MC|MCDATERR|P

SPECIALISTICA AMBULATORIALE BRANCA ODONTOIATRIA

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 **Odontoiatria**, indice la **mobilità intraziendale**, 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:

5 ore settimanali Mercoledì 8:00 – 13:00	Poliambulatorio di Treia
---	---------------------------------

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.

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**

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

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, 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

pec: ast.macerata@emarche.it

ALL'AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI MACERATA
U.O.C. DIR. AMM.VA TERRITORIALE
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 intraaziendale 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

pec: ast.macerata@emarche.it

ALL'AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI MACERATA
U.O.C. DIR. AMM.VA TERRITORIALE
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 _____