

PROT. 44353/27/05/2021
ASUNAS/APDA/P



Ascoli Piceno

San Benedetto del Tronto

U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE

AVVISO DI PUBBLICAZIONE DEI TURNI SPECIALISTICI VACANTI

2° TRIMESTRE 2021

L'Area Vasta 5, sede del Comitato Consultivo Zonale della Provincia di Ascoli Piceno pubblica, ai sensi dell'art. 20 Accordo Collettivo Nazionale 30.03.2021 per la disciplina dei rapporti degli specialisti ambulatoriali interni, veterinari, ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali, i seguenti turni di attività specialistica ambulatoriale:

Gli aventi diritto all'attribuzione dei turni saranno individuati attraverso l'ordine di priorità stabilito dall'art. 21 dell'ACN/2021.

DISTRETTO DI ASCOLI PICENO

OCULISTICA: TURNO DI 9.30' ORE SETTIMANALI

Il turno è indivisibile

Sede : ASCOLI PICENO

(Attività ambulatoriale, visite domiciliari e una seduta mensile presso la Casa Circondariale di Ascoli Piceno)

GIOVEDI' 14.00'-19.00'

SABATO 8.00-12.30'

DISTRETTI DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO ED ASCOLI PICENO

NEUROLOGIA: TURNO DI 22 ORE SETTIMANALI

Il turno è indivisibile

(ORARI DA CONCORDARE CON I DIRETTORI DI DISTRETTO)

Sede :DISTRETTO DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO

- 4 H SETTLI per attività UMEA, 2 H SETT.LI per Visite Domiciliari e n. 2 H SETT.LI per attività ambulatoriale

Sede :DISTRETTO DI ASCOLI PICENO C/O POLIAMBULATORIO DI ASCOLI PICENO

- 4 H SETTLI per Visite Domiciliari e per attività ambulatoriale

Sede :DISTRETTO DI ASCOLI PICENO C/O PRESIDIO OSPEDALIERO "MAZZONI" DI ASCOLI PICENO

- 10 H SETTLI per attività di visite, esami e consulenze, da espletarsi il mercoledì dalle 12.00 alle 16,00 e il sabato dalle ore 8,00 alle ore 14, presso l'Ospedale di Ascoli Piceno, in stretta sinergia con l'U.O. di Neurologia

I medici interessati dovranno inviare la domanda in bollo dall' 1° al 15 GIUGNO 2021, a mezzo racc. A/R, o posta elettronica certificata, indirizzata a

- **ASUR-AREA VASTA 5 – Ascoli Piceno - U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE – Via degli Iris, 1- 63100 Ascoli Piceno,**
- **PEC: areavasta5.asur@emarche.it**

specificando i turni ai quali sono interessati. Il rispetto del termine dovrà risultare esclusivamente dal timbro postale applicato sulla raccomandata. Non saranno prese in considerazione le dichiarazioni di disponibilità pervenute in modo diverso da quello indicato.

Sono esclusi dalla partecipazione al presente avviso coloro che sono stati destituiti o dispensati dal pubblico impiego o abbiano cessato il rapporto di lavoro per licenziamento disciplinare anche per giusta causa ex 2119 C.C. nonché coloro ai quali è stata comminata la sanzione della revoca del rapporto convenzionale ai sensi dell'ACN per la Specialistica ambulatoriale interna (art 39 comma 3 lettere d) ed e), ovvero, ai sensi dell'ACN della Medicina generale del 23.03.2005 e s.m.i art 30 co 7 lett c) o ai sensi dell'ACN per la Pediatria di Libera Scelta del 15.12.2005 e s.m.i. art 30 co 7 lett c).

In fase di assegnazione dell'incarico verranno valutate le incompatibilità previste dall'art. 27 ACN/2021.

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 variare, uso prelazione completa del relativo benessere della ASL/Ente di appartenenza

Il Dirigente
(Dott. Marco Canaletti)



Segreteria Comitato zonale Ascoli Piceno
Dott.ssa Laura Patragnoni
Tel. 0736/358837
e-mail: laura.patragnoni@sanita.marche



**Ascoli Piceno
San Benedetto del Tronto**

ALL'AREA VASTA 5 Ascoli Piceno

U.O.C. DAT

Via degli Iris, 1

63100 ASCOLI PICENO

PEC: areavasta5.asur@emarche.it

Racc. A.R.

Bollo 16 €

Dichiarazione disponibilità turni vacanti a tempo indeterminato

(ART. 21 ACN/2021)

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 il turno di seguito indicato e pubblicato dall'Area
Vasta 5 di Ascoli Piceno, nel 2° trimestre 2021

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 (ASL 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. 19, 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'Area Vasta 5 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'Area Vasta 5 di Ascoli Piceno, valida per l'anno 2021 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:
 - o medico di medicina generale presso _____, dal _____,
 - o medico pediatra di libera scelta presso _____, dal _____,
 - o 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 (Art. 21, comma 4).

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)



Ascoli Piceno
San Benedetto del Tronto

ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO SE INVIATA VIA PEC

DICHIARAZIONE

Ex Art. 46 e 47 DPR 445/2000

Il sottoscritto _____, nato a _____
(prov. _____) il _____ M__ F__ Codice Fiscale _____
Residente a _____ (prov. _____)
Via _____ n. _____ Cap _____ telefono _____
Indirizzo mail/PEC _____

relativamente al procedimento telematico allegato alla presente dichiarazione per:

essendo obbligatorio indicare la modalità di assolvimento dell'imposta di bollo, avvalendosi della facoltà prevista dall'art. 3 del Decreto Interministeriale 10/11/2011, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 e dall'art 483 del CP nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

Dichiara

- Che l'imposta di bollo è stata assolta in modo virtuale tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo da 16€ sull'originale cartaceo della domanda e che la marca da bollo ha il seguente n. seriale identificativo:

- Che la marca da bollo indicata è destinata **esclusivamente alla presentazione della presente istanza** e non sarà utilizzata per qualsiasi altro adempimento.
- Di essere a conoscenza che l’Autorità competente potrà effettuare controlli sugli atti presentati e pertanto si impegna a conservare il presente documento ed a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

La presente dichiarazione deve essere firmata in forma autografa o digitale da chi la rende. Qualora la stessa sia firmata autografamente la dichiarazione deve essere accompagnata da copia di un documento di identità valido.

Data, _____

(firma)

Ogni comunicazione deve essere inoltrata a

ASUR-Area Vasta 5 ASCOLI PICENO – Via degli Iris n. 1 - 63100 Ascoli Piceno – tel 0736358837

PEC: areavasta5.asur@emarche.it