

Prof. n. 70 297 / 01/09/2021  
ASUR AUS / APDAT / P



**Ascoli Piceno**

**San Benedetto del Tronto**

U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE

## AVVISO DI PUBBLICAZIONE DEI TURNI SPECIALISTICI VACANTI

3° TRIMESTRE 2021

L'Area Vasta 5, sede del Comitato Consultivo Zonale della Provincia di Ascoli Piceno, in relazione alla comunicazioni pervenute, 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:

- in conformità a quanto stabilito dall'art. 22 ACN/2021 turni vacanti di specialistica ambulatoriale a **TEMPO DETERMINATO** per n. 6 mesi eventualmente rinnovabile per una sola volta, (incarico complessivo massimo 12 mesi) per la cui attribuzione l'avente diritto è individuato tra gli specialisti inseriti nella graduatoria provinciale Anno 2021.

- in conformità a quanto stabilito dall'art. 54 ACN/2021 (ANTICIPO DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE) turni vacanti di specialistica ambulatoriale di **INCARICATO APP** per la cui attribuzione l'avente diritto è individuato tra gli specialisti inseriti nella graduatoria provinciale Anno 2021, che non abbia altri incarichi ai sensi del vigente ACN e secondo l'ordine di graduatoria di cui all'art 19.

Gli incarichi di cui sopra saranno 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 art. 19 dovrà essere risolta all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

### **INCARICATO APP ( ART 54 ACN/2021)**

#### **-DERMATOLOGIA: TURNO DI 14.30' ORE SETTIMANALI**

**Il turno è indivisibile** Sede : ASCOLI PICENO

(Attività ambulatoriale, visite domiciliari e Casa Circondariale di Ascoli Piceno )

#### **-OSTETRICIA E GINECOLOGIA: TURNO DI 19 ORE SETTIMANALI**

**Il turno è indivisibile** Sede : DISTRETTO DI ASCOLI PICENO ( COMUNANZA+ARQUATA, OFFIDA)

(attività ginecologica di diagnosi e cura anche ecografica e domiciliare, attività consultoriale)

**INCARICO TEMPO DETERMINATO ( ART 22 ACN/2021)**

**-MEDICINA DEL LAVORO: TURNO DI 12 ORE SETTIMANALI**

**Il turno è indivisibile (orario antimeridiano) \_Sede : INAIL ASCOLI PICENO**

**-PNEUMOLOGIA: TURNO DI 30 ORE SETTIMANALI:**

**Il turno è indivisibile Sede :DISTRETTO DI ASCOLI PICENO 10 H SETTLI +Sede :DISTRETTO DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO 20 H SETTLI**

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

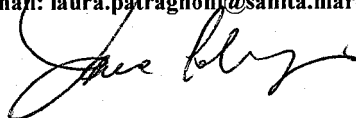
- **ASUR-AREA VASTA 5 – Ascoli Piceno - U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE – Via degli Iris, 1- 63100 Ascoli Piceno,**
- **PEC: areavasta5.asur@emarche.it**

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 38 comma 3), 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).

**Il Dirigente**  
**(Dott. Marco Canaletti)**

Segreteria Comitato zonale Ascoli Piceno  
Dott.ssa Laura Patragnoni  
Tel. 0736/358837  
e-mail: [laura.patragnoni@sanita.marche](mailto: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](mailto:areavasta5.asur@emarche.it)

Racc. A.R.

**Bollo 16 €**

**Dichiarazione disponibilità turni vacanti a tempo determinato**

**(ART. 22 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 3° trimestre 2021

n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**dichiara di essere**

- 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);
- 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)

Racc. A.R.

ALL'AREA VASTA 5 Ascoli Piceno  
U.O.C. DAT  
Via degli Iris, 1  
63100 ASCOLI PICENO  
PEC: areavasta5.asur@emarche.it

**Bollo 16 €**

**Dichiarazione disponibilità incarico APP**

**(ART. 54 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 3° trimestre 2021

n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**dichiara di essere**

- 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);
- di non essere titolare di altro incarico ai sensi del vigente ACN;
- 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](mailto:areavasta5.asur@emarche.it)**