



U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale

**AVVISO DI PUBBLICAZIONE DEI TURNI SPECIALISTICI VACANTI
I° TRIMESTRE 2026**

In ottemperanza a quanto disposto dall'art. 21 del vigente A.C.N. per la disciplina dei rapporti degli specialisti ambulatoriali interni, veterinari, ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali, si comunica la necessità di questa AST in ordine alla copertura dei turni vacanti di Medicina Specialistica Ambulatoriale. Le domande di prelazione, corredate da marca da bollo di € 16,00, degli aspiranti agli incarichi dovranno pervenire **dal giorno 01.03.2026 al giorno 15.03.2026** a mezzo posta certificata, **con oggetto "Disponibilità Turni Vacanti 03.2026"**, indirizzata a:

- **AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE di Ascoli Piceno – Marche, U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE – Via degli Iris, 1- 63100 Ascoli Piceno,**

PEC: ast.ascolipiceno@emarche.it

Gli incarichi di cui sopra saranno assegnati nel rispetto della disciplina delle incompatibilità prevista dall'art. 27 ACN/2026. 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.

Si precisa che per i turni vacanti pubblicati nella branca di Oculistica l'assegnazione è subordinata all'esito della procedura ex art. 20 ACN/2026.

INCARICO TEMPO INDETERMINATO

assegnazione ex ART 21 ACN/2026

MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI

TURNO N.1) CARDIOLOGIA: TURNO DI 7 ORE SETTIMANALI:

Il turno è divisibile

Sede: DISTRETTO DI ASCOLI PICENO

Espletamento presso il Poliambulatorio di Offida in orario pomeridiano e/o presso Casa di Comunità di Comunanza e di Acquasanta Terme

(orari da concordare con il Direttore del Distretto sulla base della disponibilità ambulatori)

TURNO N.2) DERMATOLOGIA: TURNO DI 32 ORE SETTIMANALI:

RICHIESTA COMPETENZA PER ATTIVITA' CHIRURGICA AMBULATORIALE DERMATOLOGICA

Il turno è divisibile

Sede: DISTRETTO DI ASCOLI PICENO

n. 20 h sett.li da espletare anche per attività chirurgica ambulatoriale dermatologica e attività esterna nelle sedi di Comunanza, Ascoli Piceno e Offida.

(orari da concordare con il Direttore del Distretto sulla base della disponibilità ambulatori)

TURNO N. 3) ENDOCRINOLOGIA: TURNO DI 11,5 ORE SETTIMANALI:

Il turno è divisibile

Sede: DISTRETTO DI ASCOLI PICENO

(orari da concordare con il Direttore del Distretto sulla base della disponibilità ambulatori)

TURNO N. 4) MEDICINA DELLO SPORT: TURNO DI 9 ORE SETTIMANALI:

Il turno è divisibile

Sede: DISTRETTO DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO

- n. 12 h sett.li

(orari da concordare con il Direttore del Distretto sulla base della disponibilità ambulatori)

TURNO N. 5) OCULISTICA: TURNO DI 38 ORE SETTIMANALI:

Il turno è divisibile

Sede: DISTRETTO DI ASCOLI PICENO

- n. 29,5 h sett.li

Sede: DISTRETTO DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO

- n. 8,5 h sett.li (n. 3,5 ore sett.li Poliambulatorio di Ripatransone e n. 5 h sett.li poliambulatorio Centobuchi)

(orari da concordare con i Direttori di Distretto sulla base della disponibilità ambulatori)

***Assegnazione subordinata all'esito della procedura ex art. 20 ACN/2026.**

Il Direttore U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale
(Dott. Marco Canaletti)



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

ALL'AST di Ascoli Piceno-Marche

U.O.C. DAT

Via degli Iris, 1

63100 ASCOLI PICENO

PEC: ast.ascolipiceno@emarche.it

Bollo 16 €

**Dichiarazione disponibilità turni vacanti a tempo
indeterminato**

(ART. 21 ACN/2026)

Il sottoscritto Dott. _____, nato a _____, il
_____, residente a _____ CAP _____ in via _____, tel.
_____, laureato in _____ il _____, iscritto all'Albo/Ordine
_____ di _____ dal _____, in possesso di
specializzazione in _____ conseguita il _____ presso
_____, codice ENPAM/ ENPAP : n. _____ Mail
_____, pec: _____,

Dichiara la propria disponibilità

al conferimento di incarico **per il turno n. ____** di seguito indicato e pubblicato dall'AST
di Ascoli Piceno, nel 1° trimestre 2026

n. ore _____ branca di _____ presso _____

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 6, 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 6, 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 6, 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 6, lett. d);
- ☐ titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'ACN/2026 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 6, lett. e);
- ☐ titolare di incarico a tempo indeterminato nell'AST di Ascoli Piceno che svolga la seguente attività compatibile _____ e nel rispetto del massimale orario ex Art. 28, comma 1 (Art. 21, comma 6, lett. f);
- ☐ titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa _____ per n. ore _____ (Art. 21, comma 6, lett.g);
- ☐ specialista iscritto nella graduatoria dei Medici Specialisti Ambulatoriali della Provincia di Ascoli Piceno, valida per l'anno 2026 per la branca _____ nella posizione n. _____ (Art. 21, comma 6, lett. h);
- ☐ Specialista, veterinario, professionista in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 (Art. 21, comma 6, 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 6, lett.j).

Allegati:

- ☐ **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)

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

AST di ASCOLI PICENO – Marche,
UOC DAT

Via degli Iris n. 1 - 63100 Ascoli Piceno – telefono 0736358837

PEC: ast.ascolipiceno@emarche.it