



DIREZIONE GENERALE

AVVISO DI PUBBLICAZIONE DEI TURNI SPECIALISTICI VACANTI

2° TRIMESTRE 2024

In ottemperanza a quanto disposto dagli artt. 21 e 22 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. Le domande di prelazione, corredate da marca da bollo di € 16,00, degli aspiranti agli incarichi dovranno pervenire dal giorno 01.06.2024 al giorno 15.06.2024 a mezzo posta certificata 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/2024. Le eventuali situazioni di incompatibilità a carico dello specialista/professionista incluso nella graduatoria art. 19 dovrà essere risolta all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

INCARICO TEMPO INDETERMINATO
assegnazione ex ART 21 ACN/2024

MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI

-CARDIOLOGIA: TURNO DI 23 ORE SETTIMANALI:

Il turno è divisibile

(orari da concordare con i Direttori di Distretto)

Sede: DISTRETTO DI ASCOLI PICENO

- n. 17 h sett.li da espletare c/o i Poliambulatori di Ascoli Piceno e Offida

Sede: DISTRETTO DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO

- n. 6 h sett.li per visite domiciliari, anche per pazienti affetti da scompenso cardiaco.

-ODONTOIATRIA: TURNO DI 19 ORE SETTIMANALI:

Il turno è indivisibile

Sede: DISTRETTO DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO

LUNEDI' 8.00-14.00 14.30-18.00

VENERDI' 8.00-13.00 13.30-18.00

- n. 19 h sett.li conservativa

-ODONTOIATRIA: TURNO DI 3 ORE SETTIMANALI:

Il turno è indivisibile

Sede: DISTRETTO DI ASCOLI PICENO – CASA CIRCONDARIALE DI ASCOLI PICENO

(SABATO MATTINA)

- n. 2 h sett.li conservativa, n. 1 h sett.le protesica.

Richiesti particolari requisiti valutati da una Commissione Tecnica Aziendale ex art. 21 co. 4 ACN/2024:

-documentata esperienza almeno quinquennale in ambiente detentivo nella diagnosi e cura di patologie del cavo orale in pazienti fragili affetti da patologie infettive, invalidanti e/o psichiatriche.

Tali competenze professionali saranno valutate dall'apposita Commissione Tecnica Aziendale sulla base della documentazione allegata alla domanda e al superamento di un colloquio attitudinale.

-PNEUMOLOGIA: TURNO DI 38 ORE SETTIMANALI:

Il turno è divisibile

(orari da concordare con i Direttori di Distretto)

Sede: DISTRETTO DI ASCOLI PICENO

- n. 13,5 h sett.li da espletare c/o i Poliambulatori di Comunanza, Offida e per attività domiciliare.

Sede: DISTRETTO DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO

- n. 20 h sett.li da espletare c/o il Presidio Ospedaliero "Madonna del Soccorso" per attività da CUP, Pronto Soccorso e consulenze anche in sinergia con l'U.O.C. Pneumologia dell'AST-AP.
- n. 4,5 h sett.li da espletare c/o il Poliambulatorio di Centobuchi e per attività domiciliare.

-RADIOLOGIA: TURNO DI 18 ORE SETTIMANALI:

Il turno è divisibile

Sede: DISTRETTO DI ASCOLI PICENO

(orari e sedi da concordare con il Direttore di Distretto)

-UROLOGIA: TURNO DI 3 ORE SETTIMANALI:

Il turno è indivisibile

Sede: DISTRETTO DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO

(orari e sedi da concordare con il Direttore di Distretto)

INCARICO TEMPO DETERMINATO

assegnazione ex ART 22 ACN/2024

MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI

-FISIOCHINESITERAPIA: TURNO DI 15 ORE SETTIMANALI:

Il turno è indivisibile

(orari da concordare con il Direttore Distretto di Ascoli Piceno)

Progetto Prossimo BIM TRONTO

Sede: Comunanza e Arquata del Tronto

Durata: 6 mesi rinnovabile fino al 30.04.2025

PROFESSIONISTI PSICOLOGI

-PSICOLOGIA: TURNO DI 25 ORE SETTIMANALI:

Il turno è indivisibile

(orari da concordare con il Direttore Distretto di Ascoli Piceno)

Progetto Prossimo BIM TRONTO

Sede: Comunanza e Arquata del Tronto

Durata: 6 mesi rinnovabile fino al 30.04.2025



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/2024)

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 (o altro ente previdenziale):

n. _____ Mail _____,

pec: _____,

Dichiara la propria disponibilità

al conferimento di incarico per il turno di seguito indicato e pubblicato dall'AST di Ascoli Piceno, nel 2° trimestre 2024

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/2021 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 2024 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:

- documentazione comprovante i requisiti specifici e particolari competenze professionali ex art. 21 co. 4 vigente ACN.
- Curriculum vitae
- 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)

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 determinato

(ART. 22 ACN/2024)

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 (o altro ente previdenziale):
n. _____ Mail _____,
pec: _____,

Dichiara la propria disponibilità

- al conferimento di incarico per il turno di seguito indicato e pubblicato dall'AST di Ascoli Piceno, nel 2° trimestre 2024

n. ore _____ branca di _____ presso _____

dichiara di essere

- specialista iscritto nella graduatoria dei Medici Specialisti Ambulatoriali/professionisti Psicologi dell'AST di Ascoli Piceno, valida per l'anno 2024 per la branca di _____ nella posizione n. ____ (Art. 22, comma 2);
- Specialista, professionista in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 (Art. 22, comma 3).
- 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 perseguitibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000, dichiara che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

_____ (data) _____

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 veritieri 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