U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale
Settore Medicina Convenzionata
tel .071/8705869 -071/8705872
e-mail : barbara.lucarelli@sanita.marche.it
annamaria.testaferri@sanita.marche.it

Regione Marche
Azienda Sanitaria Unica Regionale
AOO:Registro ASUR AREA VASTA 2 - ANCONA
SEGNATURA 0044906 | 15/03/2017
| ASURAV2 | AFFGEN | P

AVVISO DI PUBBLICAZIONE DEI TURNI SPECIALISTICI VACANTI 1° TRIMESTRE 2017

In relazione alle comunicazioni pervenute dai Distretti di Senigallia, Jesi, Fabriano e Ancona, in conformità a quanto stabilito dall'art. 18 ACN/2015, questa Area Vasta pubblica i turni vacanti di specialistica ambulatoriale e medicina veterinaria allegati al presente avviso.

Per l'attribuzione dei turni disponibili, l'avente diritto è individuato tra gli specialisti e i veterinari titolari d'incarico a tempo indeterminato o tra gli specialisti e veterinari iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 17 ACN/2015 in vigore, secondo le priorità previste dall'art. 19, comma 2 e dall'art.20 dell'ACN/2015.

Gli incarichi saranno assegnati nel rispetto della disciplina delle incompatibilità prevista dall'art. 25 ACN/2015. Le eventuali situazioni di incompatibilità a carico dello specialista incluso nella graduatoria art. 17 dovrà essere risolta all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

I medici interessati dovranno inviare la domanda **dall'01 al 10 Aprile 2017,** a mezzo racc. A/R, o posta elettronica certificata, indirizzata a

- **ASUR-AREA VASTA 2 – ANCONA - U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE Medicina Convenzionata – Via C. Colombo, 106 (ex CRASS) – 60127 ANCONA**
- **PEC: areavasta2.asur@emarche.it**

specificando i turni ai quali sono interessati.

DOVRANNO ALTRESI' ESSERE INDICATI:

1) DATA DEL 1° INCARICO DI SPECIALISTA AMBULATORIALE INTERNO
2) PERIODI DI EVENTUALI INTERRUZIONI DEL SERVIZIO
3) ENTE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PRESSO IL QUALE HANNO SVOLTO IL 1° INCARICO.

Il rispetto del termine dovrà risultare esclusivamente dal timbro postale applicato sulla raccomandata. Non saranno prese in considerazione le dichiarazioni di disponibilità pervenute all'Area Vasta 2 in modo diverso da quello indicato.

Si raccomanda di utilizzare lo schema della domanda disponibile sui siti internet AV2 alla pagina "Convenzioni Nazionali" – " AVVISI".

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 ridurre.

IL DIRIGENTE U.O.C.
DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE
Dott.ssa Chantal Mariani

LA RESPONSABILE
MEDICINA CONVENZIONATA AV2
Dott.ssa Dolores Rossetti

U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE
ANCONA

TURNI SPECIALISTICI VACANTI - 1° trimestre 2017

A TEMPO INDETERMINATO

Dichiarazione di disponibilità da inviare con raccomandata A/R o PEC

dal 01 al 10 APRILE 2017

DISTRETTO di SENIGALLIA

Branca di **Neuropsichiatria Infantile** - n. **8** ore settimanali presso la sede di **Senigallia**

DISTRETTO di FABRIANO

Branca di **Pediatria** - n. **30** ore settimanali presso la UOC Pediatria dell'Ospedale di **Fabriano.**

DISTRETTO di ANCONA

Branca di **Neuropsichiatria Infantile** - n. **10** ore settimanali presso la sede di **Chiaravalle**
- n. **5** ore settimanali presso la sede di **Loreto**
- n. **5** ore settimanali presso la sede di **Ancona**

Questa Area Vasta si riserva di non procedere all'attivazione degli incarichi pubblicati, qualora venissero a mancare le condizioni che ne hanno determinato l'esigenza.

TURNI SPECIALISTICI VACANTI 1° trimestre 2017
A TEMPO DETERMINATO (art. 20 ACN/2015)

– INAIL ANCONA

- _Branca di Radiologia - n. 10 ore settimanali presso la sede di Ancona per 12 mesi, rinnovabili per ulteriori 12 mesi._

L'assegnazione del turno comporterà automaticamente anche l'attribuzione dell'incarico di Direttore Sanitario degli ambulatori radiologici della suddetta sede, secondo quanto in proposito prescritto dalla vigente legge regionale n. 20/2000 e s.m.i.

ALL'AREA VASTA 2
U.O.C. DAT -
MEDICINA CONVENZIONATA
Via C. Colombo 106 (ex CRASS)
60127 **A N C O N A**

Racc. A.R.

Dichiarazione disponibilità turni vacanti a tempo indeterminato
(ART. 19 ACN/2015)

Il sottoscritto Dott. _____, nato a _____, il _____
residente a _____ CAP _____ in via
_____, cellulare _____, tel. Fisso _____, specialista in
_____, data laurea _____ data di specializzazione _____ Mail
_____ **data primo incarico col SSN** _____**presso Azienda** _____

Dichiara la propria disponibilità

al conferimento di incarico per i turni di seguito indicati e pubblicati dall'Area Vasta 2, nel _____ trimestre _____

(in caso di più turni, indicare l'ordine di preferenza)

n. ore _____ branca di _____ presso_____
n. ore _____ branca di _____ presso_____
n. ore _____ branca di _____ presso_____

- e, dal momento che svolge altre ore/attività, che sommate alle ore di incarico richieste superano il massimale orario consentito DICHIARA che intende rinunciare alle seguenti ore /attività _____

Comunica inoltre che attualmente presta servizio presso _____

DICHIARA altresì di essere:

- ❑ titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Area Vasta 2 presso il Distretto di _____, per n. ore _____, con anzianità d'incarico dal _____ (Art. 19, comma 2, lett.a),

- ❑ titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Area Vasta n. _____ della Regione Marche o nella ASL di _____ della Regione confinante _____, per n. ore _____, con anzianità d'incarico dal _____ (Art. 19, comma 2, lett.b),

- ❑ titolare di incarico a tempo indeterminato nella ASL di _____ della Regione non confinante _____, 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. 19, comma 2, lett.d);

- ❑ titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'ACN/2015 nella branca _____ per n. ore ____ presso _____ dal _____e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione (Art. 19, comma 2, lett. e);

- ❑ titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Area Vasta 2 che svolga la seguente attività compatibile _____ e nel rispetto del massimale orario (Art. 19, comma 2, lett.f);

- ❑ titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa _____ per n. ore_____ (Art. 19, comma 2, lett.g);

- ❑ specialista iscritto nella graduatoria dei Medici Specialisti Ambulatoriali dell'Area Vasta 2, valida per l'anno 2016 per la branca _____ nella posizione n. _____ (Art. 19, comma 2, lett.h);.

- ❑ 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. 19, comma 2, lett.i);

- ❑ specialista operante in Regione non confinante _____, nel limite del massimale orario (Art. 19, 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)

Racc. A.R.

ALL'AREA VASTA 2
U.O.C. DIREZIONE
AMMINISTRATIVA TERRITORIALE
Via C. Colombo, 106 (ex CRASS)
60127 **A N C O N A**

Dichiarazione disponibilità turni vacanti a tempo determinato
(ART. 20 ACN/2015)

Il sottoscritto Dott. _____, nato a _____, il _____
residente a _____ CAP _____ in via
_____, cellulare _____, tel. Fisso _____, specialista in
_____, data laurea _____ data di specializzazione _____ Mail _____

chiede l'assegnazione

di n. _____ ore pubblicate nella branca di _____ a tempo determinato, disponibili presso l'Area Vasta 2,

dichiara di essere

- ❑ specialista iscritto nella graduatoria dei Medici Specialisti Ambulatoriali/Veterinari dell'Area Vasta 2, valida per l'anno 2016 per la branca _____ nella posizione n. _____ (Art. 20, comma 2);
- ❑ specialista non iscritto nella graduatoria dei Medici Specialisti Ambulatoriali/Veterinari dell'Area Vasta 2, disponibile a ricoprire l'incarico ed in possesso dei requisiti previsti dall'ACN/2015.

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)