

**DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA  
AREA VASTA N. 2  
N. 1511/AV2 DEL 20/10/2017**

**Oggetto: Medicina Specialistica Ambulatoriale – branca di ORL – incarico a tempo indeterminato alla Dott.ssa Amatista Alba per n. 2 ore settimanali, sede di Corinaldo, decorrenza 01/11/2017.**

**IL DIRETTORE DELLA  
AREA VASTA N. 2**

- . . . -

**VISTO** il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

**RITENUTO**, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

**VISTE** la DGRM n. 621 del 27/07/2015 ad oggetto: “L.R. n. 13/2003 – Nomina dei Direttori di Area Vasta dell’Azienda Sanitaria Unica Regionale, la Determina DG ASUR n. 550 del 31/07/2015 ad oggetto: “DGRM n. 621 del 27/07/2015 – Presa d’atto e conseguenti determinazioni” e la Determina DAV2 n. 1038 del 03/08/2015 ad oggetto: “Insedimento dell’ Ing. Maurizio Bevilacqua quale Direttore dell’Area Vasta 2”;

**VISTA** l’attestazione del Responsabile del Procedimento della U.O. Bilancio e del Dirigente del Servizio Controllo di Gestione per quanto di competenza;

**- D E T E R M I N A -**

1. Le premesse sono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.
2. Prendere atto del conferimento dell’incarico ex art 19, comma 2 lett. b) – ACN 17/12/2015 per n. 2 ore settimanali nella branca di ORL alla **Dott.ssa Amatista Alba**, decorrenza 01/11/2017, come da schema di contratto allegato, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto.
3. Stabilire che l’orario di servizio, così come concordato con la Direzione Distrettuale, dovrà essere svolto nella sede e secondo l’articolazione oraria di seguito indicata:

***Sede di Corinaldo: II° e IV° VENERDI’ del mese dalle ore 09:00 alle ore 13:00***

4. Di determinare a calcolo in € 683,07= il costo, comprensivo degli oneri riflessi, dando atto che lo stesso è da porre a carico del budget per l’anno 2017 con riferimento ai conti come di seguito indicato:

conto 505060201 Euro 556,75  
conto 505060202 Euro 79,00  
conto 505060203 Euro 47,32

5. Trasmettere il presente atto alla specialista interessata, al Direttore del Distretto di Senigallia, alla Coordinatrice Infermieristica del Poliambulatorio di Corinaldo, al Back Office del Cup, nonché al Comitato Zonale per la Specialistica Ambulatoriale, ai sensi dell'art. 24, comma 9, lett. b) dell'ACN;
6. Trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e ss.mm.ii;
7. Dichiarare che il presente atto non è soggetto al controllo Regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione sull'Albo Pretorio Informatico, a norma dell'art. 28 della L.R. 26/96, come sostituito dall'art.1 L.R. 36/2013.

**IL DIRETTORE AREA VASTA 2  
(Ing. Maurizio Bevilacqua)**

**ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' CONTABILE**

U.O. BILANCIO E SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE

**U.O. Bilancio e Controllo di Gestione**

Le sottoscritte, visto quanto dichiarato nel presente atto dal Responsabile del Procedimento, attestano che i costi quantificati in € 683,07 saranno così imputati: € 556,75=al conto 505060201, € 79,00= al conto 505060202, € 47,32= al conto 505060203 del bilancio 2017.

**U.O. GESTIONE Economico Finanziaria**  
Il Dirigente  
( Dott.ssa Antonella Casaccia)

**U.O. Controllo di Gestione**  
Il Dirigente  
(Dott.ssa Letizia Paris)

La presente determina consta di n. 6 pagine di cui n. / pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

**- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -**

**U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale – Medicina Convenzionata**

**Normativa di riferimento:**

- A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Medici Veterinari ed altre professionalità sanitarie del 23/03/2005 e s.m.i.;
- AIR per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 345 del 14/03/2011.

**Motivazione:**

A seguito della richiesta di pubblicazione delle ore vacanti di Specialistica Ambulatoriale inerente il 2° trimestre 2017, il Comitato Zonale per la Specialistica Ambulatoriale di Ancona, esaminate le dichiarazioni di disponibilità, ha comunicato, con nota prot. n. 124351/ASURAV2/ANCNP/P del 01/08/2017, l'individuazione della **Dott.ssa Amatista Alba** quale specialista avente diritto all'assegnazione ex art. 19, co 2 lett. b) di n. 2 ore settimanali di ORL, da espletarsi presso la sede dell'AV2 di Corinaldo, Distretto di Senigallia.

Con nota prot. n. 135191 del 28/08/2017, **la Dott.ssa Amatista Alba**, ha provveduto a comunicare l'accettazione dell'incarico in oggetto unitamente all'autocertificazione informativa, pertanto, l'attività sarà svolta, così come concordato con la Direzione del Distretto, nella sede e con gli orari di seguito indicati:

***Sede di Corinaldo: II° e IV° VENERDI' del mese dalle ore 09:00 alle ore 13:00***

Per quanto sopra esposto, si propone l'adozione della seguente determina:

1. Prendere atto del conferimento dell'incarico ex art 19, comma 2 lett. b) – ACN 17/12/2015 per n. 2 ore settimanali nella branca di ORL alla **Dott.ssa Amatista Alba**, decorrenza 01/11/2017, come da schema di contratto allegato, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto.
2. Stabilire che l'orario di servizio, così come concordato con la Direzione Distrettuale, dovrà essere svolto nella sede e secondo l'articolazione oraria di seguito indicata:

***Sede di Corinaldo: II° e IV° VENERDI' del mese dalle ore 09:00 alle ore 13:00***

3. Di determinare a calcolo in € 683,07= il costo, comprensivo degli oneri riflessi, dando atto che lo stesso è da porre a carico del budget per l'anno 2017 con riferimento ai conti come di seguito indicato:  
conto 505060201 Euro 556,75  
conto 505060202 Euro 79,00  
conto 505060203 Euro 47,32

4. Trasmettere il presente atto alla specialista interessata, al Direttore del Distretto di Senigallia, alla Coordinatrice Infermieristica del Poliambulatorio di Corinaldo, al Back Office del Cup, nonché al Comitato Zonale per la Specialistica Ambulatoriale, ai sensi dell'art. 24, comma 9, lett. b) dell'ACN;
5. Trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e ss.mm.ii;
6. Dichiarare che il presente atto non è soggetto al controllo Regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione sull'Albo Pretorio Informatico, a norma dell'art. 28 della L.R. 26/96, come sostituito dall'art.1 L.R. 36/2013.

Il Responsabile del Procedimento  
( Dott.ssa Dolores Rossetti)

**La Responsabile U.O.C.**  
**Direzione Amm.va Territoriale**  
**(Dott.ssa Chantal Mariani)**

**- ALLEGATI -**

Allegato 1

Allegato 1

U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE  
Via Campo Boario, 4 – 60019 Senigallia

Alla Dott.ssa **Amatista Alba**  
Via Castelfidardo , 89  
61121 Pesaro (AN)

e, p.c. Al Direttore f.f. del Distretto di Senigallia  
Dott. Giuliano Giovannetti

Al Comitato Zonale per la Specialistica Amb.le

LORO SEDI

**OGGETTO: Medicina Specialistica Ambulatoriale – Conferimento incarico a T.I. ex art. 19, co. 2, lett. b) – A.C.N. 17/12/2015 per n. 2 ore settimanali, branca di ORL, decorrenza 01/11/2017.**

Vista la Determina n. del , esecutiva a norma di legge, si comunica che, in conformità alle indicazioni nella stessa contenute, si conferisce alla S.V. l'incarico a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 19, co. 2 lett. b) dell' A.C.N. vigente per n.2 ore settimanali, branca di Otorinolaringoiatria.

L'attività, come stabilito dalla determina di cui sopra, dovrà essere prestata nel giorno e nella sede come di seguito indicato:

***Sede di Corinaldo: II° e IV° VENERDI' del mese dalle ore 09:00 alle ore 13:00***

La natura giuridica del suddetto rapporto professionale, che con l'attribuzione dell'incarico viene ad instaurarsi, è definita dalle norme di cui agli artt. 2230 e seguenti del Codice Civile.

L'incarico suddetto è regolamentato sotto il profilo giuridico ed economico dal vigente A.C.N. del 17/12/2015 per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali Interni e dall' A.I.R.

Dalla data di conferimento dell'incarico medesimo, la S.V. non dovrà trovarsi in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente e non potrà superare il massimale delle n. 38 ore settimanali di attività anche suddivise in più sedi di lavoro.

Si prega pertanto la S.V., di restituire quanto prima, copia della presente lettera datata e firmata per accettazione.

Distinti saluti.

Direzione Amministrativa Territoriale

Il Dirigente Responsabile U.O.C.

(Dott.ssa Chantal Mariani)

**DICHIARAZIONE DA COMPLETARE E SOTTOSCRIVERE (ALLEGARE COPIA DOCUMENTO IDENTITA')**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

***DICHIARA***

- di accettare l'incarico di cui alla presente comunicazione, alle condizioni sopra indicate ed a tutte le altre contenute nell' A.C.N. per la regolamentazione dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali interni del 17/12/2015;

- di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art.15 del A.C.N. del 29/07/2009.

data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_