

Prot. n.

Ancona, 15/06/2015

**COMITATO CONSULTIVO ZONALE MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
ANCONA**

TURNI SPECIALISTICI VACANTI NEI DISTRETTI AV2
- 2° trimestre 2015 -

**Dichiarazione di disponibilità in bollo da inviare con lettera raccomandata
dal 01 al 10 luglio 2015**

DISTRETTO di SENIGALLIA

- branca di **Pneumologia** - n. 6 ore settimanali presso la sede di **Arcevia**;
- branca di **Urologia** - n. 3 ore settimanali presso la sede di **Senigallia**;
- branca di **Ortopedia** - n. 3 ore presso la sede di **Arcevia**.

DISTRETTO di JESI

- branca di **Neurologia** – n. 2 ore settimanali presso le sedi di **Cingoli e Moie** (a settimane alterne)
- branca di **Dermatologia** - n. 2 ore presso la sede di **Cingoli**
- branca di **Oculistica** – n. 17 ore settimanali presso la sede di **Jesi**.

DISTRETTO di FABRIANO

- **Branca di Pediatria** - n. 30 ore settimanali da assegnare ad attività integrate ospedale /territorio in autonomia professionale con turni di reperibilità;
- Branca di **Radiologia** - n. 36 ore settimanali per la sede di Fabriano e di Sassoferrato (Casa della Salute);
- Branca di **Geriatrics** - n. 30 ore settimanali per il sistema delle cure intermedie territoriali: attività residenziale (RSA e Cure intermedie) e domiciliare;
- Branca di **Geriatrics** - n. 11 ore settimanali da assegnare ad un unico specialista (attività nella UVI per processi di valutazione e pianificazione setting assistenziali nella continuità assistenziale post-dimissione);

COMITATO ZONALE PER LA MEDICINA
SPECIALISTICA AMBULATORIALE - ANCONA

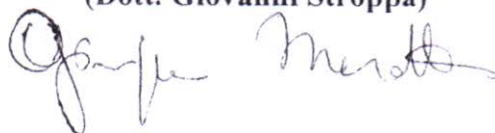
Ex art.24 ACN 29.9.2009

- Branca di **Ginecologia** - n. **6** ore settimanali per il Consultorio Familiare, finalizzate a svolgere eco-ginecologiche di I° livello ed eco-ostetriche del I° trimestre di gravidanza, in integrazione con l'ambulatorio dedicato alle IVG. **Si richiede medico non obiettore.**
- Branca di **Otorinolaringoiatria** - n. **16** ore settimanali da assegnare ad un unico specialista per il Servizio integrato H – Territorio presso il Presidio Ospedaliero di Fabriano, dove è prevista attività chirurgica tecnica in autonomia professionale con turni di reperibilità:
- Branca di **Oculistica** - n. **10** ore settimanali per Poliambulatorio distrettuale di Fabriano:
- Branca di **Fisiatria** - n. **21** ore settimanali per attività ambulatoriale, domiciliare, residenziale e per la continuità assistenziale post-dimissione.

DISTRETTO di ANCONA

- Branca di **Ginecologia** – n. **5** ore settimanali per il Consultorio Familiare di Ancona. **Si richiede medico non obiettore;**
- Branca di **Oculistica** – n. **20** ore settimanali presso la sede di **Ancona**.

X **Il Presidente del Comitato Zonale**
(Dott. Giovanni Stroppa)



BOLLO 16,00 €

Racc. A.R.

**AL COMITATO CONSULTIVO ZONALE
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE**
c/o ASUR -Area Vasta 2 - Sede Operativa di Ancona
Via Cristoforo Colombo, 106 (ex CRASS)
60127 **ANCONA**

Oggetto: Dichiarazione disponibilità turni vacanti (ARTT. 22 E 23 ACN/2005 ,SS.MM. E II.).

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

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA DI ESSERE

- (Art. 23, comma 1, a) - titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Area Vasta 2 di Ancona presso _____, dal _____, e/o presso l'INAIL e/o il SASN dal _____ al _____
- (Art. 23, comma 1, b) - titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Area Vasta n. _____ o in ambito zonale della Regione _____, presso _____ dal _____
- Art. 23, comma 1, c) - specialista titolare di incarichi nelle branche _____ presso _____ dal _____ e richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico;
- Art. 23, comma 1, d) - titolare di incarico a tempo indeterminato nell'ambito zonale _____ presso la ASL _____ dal _____ e richiede al Comitato zonale di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità;
- Art. 23, comma 1, e) - specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca _____ presso _____ dal _____ e chiede il passaggio nella branca _____ della quale è in possesso del titolo di specializzazione;
- Art. 23, comma 1, f) - titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca _____ dal _____ nell'ambito zonale di Ancona, che per lo svolgimento di altra attività sia soggetto alle limitazioni di orario di cui all'art. 16;
- Art. 23, comma 1, g) - titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa, il Ministero di Grazia e Giustizia e precisamente presso _____ dal _____;
- Art. 23, comma 1, h) - titolare di incarico a tempo determinato dal _____, ai sensi del comma 10, e richiede incremento di orario/ trasferimento;

- Art. 23, comma 1, i) - specialista ambulatoriale titolare di pensione a carico di Enti diversi dall'ENPAM _____;
- Art. 23, comma 1, L) - titolare di incarico a tempo indeterminato, **disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro**, nella categoria:
 - medico di medicina generale, dal _____ ,
 - medico specialista pediatra di libera scelta, dal _____ ,
 - medico di medicina dei servizi, dal _____ ,
 - medico della continuità assistenziale, dal _____ ,
 - medico dipendente di struttura pubblica, dal _____ ,
- Specialista presente nella graduatoria provinciale dei Medici Specialisti Ambulatoriali della Regione Marche, valida per l'anno 2015 per la branca _____ nella posizione n. _____
- Specialista non ancora inserito nella graduatoria, disponibile a coprire i turni di seguito indicati con incarichi a tempo determinato.

In relazione ai turni vacanti pubblicati nel trimestre corrente,

CHIEDE L'ASSEGNAZIONE

nella branca di _____ :

- di n.ore sett.li presso _____
- di n.ore sett.li presso _____
- di n.ore sett.li presso _____
- di n.ore sett.li presso _____

ed allega la seguente documentazione richiesta:

e, dal momento che svolge altre ore/attività che sommate alle ore d'incarico richieste, superano il massimale orario consentito, dichiara che intende rinunciare alle seguenti ore/attività: _____

Comunica che attualmente presta servizio presso:

Allega alla presente **copia di un valido documento di identità.**

data _____, _____

(firma)