

	Servizio Sanitario Nazionale Regione Marche Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata	U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale Direttore Dott. Massimiliano Carpineti Recapiti Tel. 07332572731 Mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it pec: ast.macerata@emarche.it
---	---	---

Prot. n. 103219 | 01/09/2025 | AST-MC | MCDATERR | P

**AVVISO DI PUBBLICAZIONE DEI TURNI VACANTI
SPECIALISTICA AMBULATORIALE
3° TRIMESTRE 2025**

In relazione alle comunicazioni pervenute dai Distretti di Macerata, Civitanova Marche e Camerino, in conformità a quanto stabilito dall'art. 21 dell'ACN/2024, rep. n. 52/CSR del 4 aprile 2024, questa AST pubblica i turni vacanti di specialistica ambulatoriale allegati al presente avviso, dal giorno 1 al giorno 15 di questo mese.

Per l'assegnazione dei turni disponibili, l'avente diritto è individuato prioritariamente tra gli specialisti titolari d'incarico a tempo indeterminato o tra gli specialisti iscritti nelle graduatorie in vigore, secondo le priorità previste dall'art. 21 e dall'art. 22 dell'ACN/2024.

Gli incarichi sono assegnati nel rispetto della disciplina delle incompatibilità prevista dall'art. 27 ACN/2024. Le eventuali situazioni di incompatibilità a carico dello specialista incluso nella graduatoria dovranno essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

Gli incarichi pubblicati per esigenze connesse a progetti finalizzati hanno durata limitata nel tempo (tempo determinato, non superiore a sei mesi).

Le domande degli specialisti aspiranti agli incarichi (comprehensive di autocertificazione informativa) dovranno essere inviate, pena l'esclusione, all'indirizzo **PEC:** ast.macerata@emarche.it

dall'01 al 15 settembre 2025

specificando nell'oggetto "**TURNI VACANTI**". Non saranno prese in considerazione le dichiarazioni di disponibilità pervenute al Comitato Zonale in modo diverso da quello indicato. L'Amministrazione declina sin da ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendenti dalla mancata o errata indicazione dell'oggetto o per ogni disguido non imputabile all'Amministrazione stessa.

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 sospendere.

	<p>Servizio Sanitario Nazionale Regione Marche</p> <p>Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata</p>	<p>U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale</p> <p>Direttore Dott. Massimiliano Carpineti</p> <p>Recapiti Tel. 07332572731 Mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it pec: ast.macerata@emarche.it</p>
---	---	--

Laddove, in sede di pubblicazione, sia richiesto il possesso di particolari capacità professionali (art. 21, comma 4 dell'ACN/2024) lo specialista interessato dovrà allegare alla domanda idonea documentazione comprovante il possesso delle capacità professionali richieste, acquisite dopo il conseguimento del titolo di specializzazione, pena la mancata valutazione del possesso dei requisiti.

Le graduatorie delle disponibilità pervenute saranno pubblicate sul sito dell'AST di Macerata.

Ogni comunicazione di questa AST verso specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti avverrà esclusivamente attraverso modalità informatizzate e l'impiego della Posta Elettronica Certificata.

IL DIRETTORE U.O.C D.A.T.

f.to Dott. Massimiliano Carpineti

II DIRETTORE SANITARIO

f.to Dr.ssa Daniela Corsi

Il Responsabile del procedimento
La Segreteria del Comitato Zonale



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

**U.O.C. Direzione Amministrativa
Territoriale**

**Direttore
Dott. Massimiliano Carpineti**

Recapiti
Tel. 07332572731
Mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it
pec: ast.macerata@emarche.it

U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE MACERATA

TURNI VACANTI SPECIALISTICA AMBULATORIALE **3° trimestre 2025**

**Presentazione delle domande:
dal 01 al 15 SETTEMBRE 2025**

Branca	Ore settimanali	Tipo di incarico
RADIOLOGIA	<u>n. 12 ore</u> Lunedì 8-14 Ospedale Civitanova Giovedì 8-14 Ospedale Civitanova <i>Frazionabile per seduta</i>	Tempo indeterminato
OCULISTICA	<u>n. 57 ore</u> Lunedì 9 -14 e 14.30 -18 Osp. Comunità – Recanati Lunedì 8 - 13 Poliambulatorio di Trodica Lunedì 15 - 18 Poliambulatorio di Civitanova Martedì 14 - 19 Poliambulatorio di Tolentino Mercoledì 8 - 14 Poliambulatorio di Tolentino Mercoledì 15 - 18 Poliambulatorio di Civitanova Giovedì 8 - 13 Poliambulatorio di Macerata Giovedì 8 - 13 Poliambulatorio di Trodica Giovedì 8 - 14 Ospedale di Comunità – Recanati Venerdì 9 – 13 Poliambulatorio Sarnano Sabato 8.30-12 Ospedale di Comunità Recanati Sabato 8 -11 Poliambulatorio Civitanova <i>Frazionabile per seduta</i> <u>n. 17 ore</u> <i>Frazionabile per seduta di almeno 4 ore da svolgere presso i poliambulatori afferenti al Distretto di Camerino.</i> <i>Articolazione oraria da concordare con il Direttore del Distretto di Camerino.</i> <i>(Turno subordinato all’esito delle procedure art. 20 ACN/2024)</i>	Tempo indeterminato
GERIATRIA	<u>n. 6 ore</u> <i>Articolazione oraria da concordare con il Direttore del Distretto di Camerino</i> <i>Attività ambulatoriale da svolgere presso il CDCD di San Severino Marche e per attività di consulenze domiciliari (ADI, Case di riposo...)</i> <i>Turno unico</i>	Tempo indeterminato



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche

**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

**U.O.C. Direzione Amministrativa
Territoriale**

**Direttore
Dott. Massimiliano Carpineti**

Recapiti
Tel. 07332572731
Mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it
pec: ast.macerata@emarche.it

UROLOGIA	<u>n. 10 ore</u> Poliambulatorio di Civitanova Marche/Trodica <i>Articolazione oraria da concordare con il Direttore del Distretto di Civitanova Marche</i>	Tempo indeterminato
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	<u>n. 5 ore</u> Lunedì 8-13 Consultorio di Macerata <i>Riservata ad attività ecografica</i>	Tempo indeterminato
FKT	<u>n. 18 ore</u> Da svolgere presso le strutture sanitarie del Distretto di Macerata <i>(Articolazione oraria e sedi da definire)</i> <i>Turno unico</i>	Tempo indeterminato
DERMATOLOGIA	<u>n. 3 ore</u> Da svolgere presso il Poliambulatorio Trodica <i>Articolazione oraria da concordare con il Direttore del Distretto di Civitanova Marche</i> <u>n. 4 ore</u> da svolgere presso il Poliambulatorio di Matelica <i>Articolazione oraria da concordare con il Direttore del Distretto di Camerino</i> <u>n. 12 ore</u> Martedì 15-18 Poliambulatorio Civitanova Marche Martedì 8.30-12.30 Sarnano / San Ginesio (accessi alternati) Sabato 8-13 Poliambulatorio Macerata <i>Frazionabile per seduta</i>	Tempo indeterminato
PEDIATRIA	<u>n. 5 ore</u> Da svolgere presso l'ambulatorio di Visso <i>Articolazione oraria da concordare con il Direttore del Distretto di Camerino</i>	Tempo indeterminato
ORL	<u>n. 5 ore</u> Sabato 8-13 Poliambulatorio di Civitanova Marche <i>Turno unico</i> <u>n. 6 ore</u> da svolgere presso il Poliambulatorio di San Severino Marche <i>Articolazione oraria da concordare con il Direttore del Distretto di Camerino</i> <i>Frazionabile</i> <i>(Turno subordinato all'esito delle procedure art. 20 ACN/2024)</i>	Tempo indeterminato



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche

**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

**U.O.C. Direzione Amministrativa
Territoriale**

**Direttore
Dott. Massimiliano Carpineti**

Recapiti
Tel. 07332572731
Mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it
pec: ast.macerata@emarche.it

NEUROLOGIA	<u>n. 5 ore</u> Sabato 8-13 Poliambulatorio di Macerata <i>Turno unico</i> <i>(Turno subordinato all'esito delle procedure art. 20 ACN/2024)</i>	Tempo indeterminato
PSICHIATRIA	<u>n. 30 ore</u> <i>Articolazione oraria e sedi da definire con il Direttore del Distretto di Macerata</i> <i>Turno unico</i>	Tempo indeterminato
DERMATOLOGIA	<u>n. 14 ore</u> 10 ore presso Distretto di Macerata 4 ore presso Poliambulatorio San Severino Marche <i>Recupero e miglioramento liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali</i> <i>(Articolazione oraria da concordare con i Direttori di Distretto)</i>	Tempo determinato 4 mesi
OCULISTICA	<u>n. 15 ore</u> presso AST MC <i>Recupero e miglioramento liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali</i>	Tempo determinato 4 mesi
CARDIOLOGIA	<u>n. 10 ore</u> presso AST MC <i>Recupero e miglioramento liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali</i>	Tempo determinato 4 mesi
NEUROLOGIA	<u>n. 5 ore</u> presso AST MC <i>Recupero e miglioramento liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali</i>	Tempo determinato 3 mesi
O.R.L.	<u>n. 5 ore</u> presso AST MC <i>Recupero e miglioramento liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali</i>	Tempo determinato 3 mesi
RX	<u>n. 5 ore</u> presso AST MC <i>Attività destinata alle mammografie + ECO</i> <i>Recupero e miglioramento liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali</i>	Tempo determinato 3 mesi



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

**U.O.C. Direzione Amministrativa
Territoriale**

**Direttore
Dott. Massimiliano Carpineti**

Recapiti
Tel. 07332572731
Mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it
pec: ast.macerata@emarche.it

ALL'AST MACERATA
U.O.C. DIREZIONE AMM.VA TERRITORIALE
Via Annibaldi, 31/L

62100 PIEDIRIPA DI MACERATA

ast.macerata@emarche.it

Dichiarazione disponibilità turni vacanti a tempo indeterminato

(ART. 21 ACN/2024)

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ in via _____
in possesso del diploma di laurea in _____ conseguito il _____
presso _____
iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____
in possesso di specializzazione in _____ conseguita il _____
presso _____
Tel. _____
PEC _____
Mail _____

Dichiara la propria disponibilità

al conferimento di incarico per i turni di seguito indicati e pubblicati dall'Ast di Macerata, nel _____ trimestre 2025

(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 _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche

**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

**U.O.C. Direzione Amministrativa
Territoriale**

**Direttore
Dott. Massimiliano Carpineti**

Recapiti
Tel. 07332572731
Mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it
pec: ast.macerata@emarche.it

A tal fine dichiara di essere

- titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Ast di Macerata presso il Distretto di _____, per n. ore _____, con anzianità d'incarico dal _____ (Art. 21, comma 6, lett.a). **Dichiaro di essere disponibile a interrompere n. _____ ore svolte presso _____ per rientrare nel massimale orario.**
- titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Ast di _____ della Regione Marche o nella Azienda Sanitaria di _____ della Regione confinante _____, per n. ore _____, con anzianità d'incarico dal _____ (Art. 21, comma 6, lett.b).

Dichiaro di essere disponibile a interrompere n. _____ ore svolte presso _____ per rientrare nel massimale orario.

- titolare di incarico a tempo indeterminato nella Azienda Sanitaria 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. 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/2024 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 Macerata che svolga la seguente attività compatibile _____ e nel rispetto del massimale orario (Art. 21, comma 6, lett.f);
- titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa _____ per n. ore _____, limitatamente a coloro a cui si applica l'ACN/2024 (Art. 21, comma 6, lett.g);
- specialista iscritto nella graduatoria dei Medici Specialisti Ambulatoriali dell'Ast di Macerata, in corso di validità, per la branca _____ nella posizione n. _____ (Art. 21, comma 6, lett.h) (l'accettazione dell'incarico comporta la cancellazione dalla graduatoria valida per l'anno in corso);
- specialista in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 ACN/2024 (Art. 21, comma 6, lett.i);
- titolare di incarico a tempo indeterminato in qualità di:

	<p>Servizio Sanitario Nazionale Regione Marche</p> <p>Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata</p>	<p>U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale</p> <p>Direttore Dott. Massimiliano Carpineti</p> <p>Recapiti Tel. 07332572731 Mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it pec: ast.macerata@emarche.it</p>
---	---	---

medico di medicina generale, medico pediatra di libera scelta, medico dipendente del SSN presso _____, dal _____, disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro (Art. 21, comma 6, lett.j);

Allega alla presente **copia di un valido documento di identità** e per i turni per i quali è richiesta documentata esperienza, allega i seguenti documenti _____.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. N. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(data)

(firma)



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

**U.O.C. Direzione Amministrativa
Territoriale**

**Direttore
Dott. Massimiliano Carpineti**

Recapiti
Tel. 07332572731
Mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it
pec: ast.macerata@emarche.it

ALL'AST MACERATA
U.O.C. DIREZIONE AMM.VA TERRITORIALE
Via Annibaldi, 31/L

62100 PIEDIRIPA DI MACERATA

ast.macerata@emarche.it

Dichiarazione disponibilità turni vacanti a tempo determinato

(ART. 22 ACN/2024)

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ in via _____
in possesso del diploma di laurea in _____ conseguito il _____
presso _____
iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____
in possesso di specializzazione in _____ conseguita il _____
presso _____
Tel. _____
PEC _____
Mail _____

Dichiara la propria disponibilità

al conferimento di incarico per n. _____ ore pubblicate nella branca di _____ a tempo determinato, disponibili nel ___ trimestre 2025 presso l'AST di Macerata,

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

A tal fine dichiara di essere

- Specialista/Veterinario/Psicoterapeuta iscritto nelle rispettive graduatorie della Medicina Specialistica Ambulatoriale dell'AST di Macerata, in corso di validità, per la branca _____ nella posizione n. _____ (Art. 22, comma 2);

	<p>Servizio Sanitario Nazionale Regione Marche</p> <p>Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata</p>	<p>U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale</p> <p>Direttore Dott. Massimiliano Carpineti</p> <p>Recapiti Tel. 07332572731 Mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it pec: ast.macerata@emarche.it</p>
---	---	---

- Specialista/Veterinario/Psicoterapeuta non iscritto nelle rispettive graduatorie della Medicina Specialistica Ambulatoriale dell'AST di Macerata ed in possesso dei requisiti previsti dall'ACN (Art. 22, comma 3).

Allega alla presente **copia di un valido documento di identità** e per i turni per i quali è richiesta documentata esperienza, allega i seguenti documenti_____.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. N. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(data)

(firma)