

**AVVISO INTERNO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLA MOBILITÀ
INTRAZIENDALE DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED
ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE AMBULATORIALI,
RISERVATO AI TITOLARI DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO PRESSO
L'AZIENDA USL UMBRIA 2**

ART. 1 - NORMATIVA

In attuazione della delibera del Direttore Generale f.f. n. / / e in applicazione dell'articolo 20 comma 1 dell'ACN/2024, si rende noto che l'Azienda USL UMBRIA 2 dà seguito alle procedure di mobilità al proprio interno (mobilità intraziendale), da attuare prima delle procedure di cui all'articolo 20 commi 2 e 3 dell'ACN/2024, al fine di consentire agli Specialisti Ambulatoriali, Veterinari ed altre Professionalità Sanitarie di trasferirsi presso una diversa sede dell'Azienda USL UMBRIA 2 di maggior preferenza, ove si rendano disponibili incarichi nella branca di appartenenza per tutte o parte delle ore già svolte, mantenendo lo stesso monte orario complessivo.

Il trasferimento della sede lavorativa per mobilità deve avvenire a parità di ore: l'istituto della mobilità non può essere applicato per incrementare o ridurre l'orario di servizio.

ART. 2 - REQUISITI

La mobilità di cui al presente avviso è riservata a tutti i Medici Convenzionati Interni (specialisti ambulatoriali, veterinari ed altre professionalità sanitarie) con incarico a tempo indeterminato che operano sul territorio dell'Azienda USL UMBRIA 2 e che abbiano maturato un'anzianità di incarico di almeno 18 mesi nella sede di provenienza alla data di presentazione della domanda.

Possono partecipare alla procedura di mobilità tutti gli specialisti, veterinari, professionisti con incarico a tempo indeterminato sia a tempo pieno (38 ore settimanali), sia con un monte ore inferiore a 38 settimanali.

ART. 3 - MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Il presente avviso e il modulo di domanda di partecipazione sono interamente pubblicati sul sito internet aziendale (www.uslumbria2.it) nella Sezione "Concorsi", consultabile al seguente link:
<https://www.uslumbria2.it/amministrazione-trasparente/bandi-di-concorso> oppure
<https://www.uslumbria2.it/amministrazione-trasparente/avvisi-specialistica-ambulatoriale-veterinari-e-al>

La domanda indirizzata all'Azienda U.S.L. Umbria n. 2 – al Direttore Generale, al Direttore Sanitario e alla Direzione Amministrativa Medicina Convenzionata Territoriale Specialistica, dovrà essere inviata, unitamente a copia fotostatica di documento d'identità in corso di validità, esclusivamente

tramite PEC al seguente indirizzo: aslumbria2@postacert.umbria.it, utilizzando il modello allegato al presente Avviso, con unico allegato in formato .pdf.

Non sono ammesse diverse modalità di presentazione della domanda e deve essere inviata **dal 1° al 31 gennaio 2025**. Il suddetto termine è da intendersi perentorio, pena l'esclusione.

L'oggetto della PEC dovrà indicare quanto segue: "*Domanda di mobilità interna specialisti ambulatoriali, veterinari ed altre professionalità Anno 2025 - TAG: 2025MOB*".

ART. 4 – CRITERI DI PRELAZIONE PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA

Le domande di mobilità di cui al presente avviso hanno validità annuale e l'elenco degli aspiranti sarà recepito con apposito atto deliberativo pubblicato nelle stesse sezioni del sito aziendale sopra specificate e comunicato al Comitato Zonale.

In caso di acquisizione di più domande di mobilità per la stessa sede, l'avente diritto al trasferimento sarà individuato attraverso la formulazione di apposita graduatoria, utilizzando i seguenti criteri di prelazione stabiliti dall'ACN/2024:

1. maggiore anzianità di incarico presso questa Azienda;
2. maggior numero di ore di incarico;
3. maggiore età.

Approvato il fabbisogno trimestrale delle ore da pubblicare, l'Azienda, prima di dare attuazione alle procedure del completamento orario (ex art. 20, co. 2 ACN di riferimento) e dell'accentramento (ex art. 20, co. 3 ACN di riferimento), chiederà conferma di accettazione di mobilità allo Specialist Ambulatoriale, Veterinario, Professionista Sanitario presente nell'elenco di mobilità, in posizione di priorità, il quale dovrà dare esplicito riscontro entro il termine perentorio indicato nella comunicazione.

ART. 5 – ESCLUSIONE DALLA PROCEDURA DI MOBILITÀ

È motivo di esclusione l'assenza di uno o più requisiti specifici di accesso:

- Domanda inviata con modalità diversa da quella prevista dall'avviso;
- Falsa dichiarazione dei requisiti specifici di accesso;
- Assenza del documento di identità;
- Domanda pervenuta oltre il termine di presentazione perentorio stabilito al 31/01/2025 ore 23.59.

ART. 6 - PROCEDURA

Le ore resesi vacanti a seguito della mobilità, saranno riassegnate solo qualora il Responsabile del Servizio/Direttore di Distretto/Direttore di P.O. di riferimento ne ravvisi la necessità.

A seguito della procedura di che trattasi, si prospettano pertanto, due fattispecie:

1. le ore resesi vacanti non vengano ripubblicate: la mobilità si intende perfezionata a far data dall'inizio del turno presso la nuova sede;
2. le ore resesi vacanti vengano ripubblicate ai sensi dell'art. 20 commi 2 e 3 e dell'articolo 21: la procedura di mobilità si perfeziona dall'effettiva presa di servizio nella sede oggetto di trasferimento e comunque entro 60 giorni conferma di accettazione di mobilità.

Qualora la mobilità intraziendale riguardi turni per i quali è richiesto il possesso di particolari capacità professionali (ex art. 21, Co. 4 dell'ACN/2024), l'Azienda prenderà in esame le istanze degli Specialisti, Veterinari e Professionisti ambulatoriali che già in precedenza sono stati valutati idonei da parte della Commissione Tecnica Aziendale per le medesime competenze o che già esercitino gli stessi compiti e funzioni opportunamente certificati dal Responsabile del Servizio/Direttore di Distretto/Direttore di Presidio Ospedaliero di riferimento.

ART. 7 – DISPOSIZIONI FINALI

Per quanto non espressamente previsto dal presente bando si fa integralmente rinvio all'ACN/2024.

L'Azienda si riserva ogni più ampia facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare il presente avviso qualora ne rilevasse la necessità.

Per informazioni è possibile rivolgersi ai seguenti riferimenti del Servizio Amministrazione Medicina Convenzionata Territoriale Specialistica, telefono: 0744/204886 – 0744/204880 - 0744/204377.

Per la presentazione delle domande si allega al presente avviso la modulistica da compilare.

Il Direttore Generale f.f.
Dott. Piero Carsili (f.to)

**AVVISO INTERNO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLA MOBILITÀ
INTRAZIENDALE DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED
ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE AMBULATORIALI,
RISERVATO AI TITOLARI DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO PRESSO USL
UMBRIA 2**

All'Azienda USLumbria n. 2

Pec: aslumbria2@postacert.umbria.it

- Direttore Generale
- Direttore Sanitario
- Direzione Amministrazione Medicina
Convenzionata Territoriale Specialistica

**OGGETTO: DOMANDA DI MOBILITÀ INTERNA SPECIALISTI AMBULATORIALI,
VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ – ANNO 2025**

TAG: 2025MOB

Il/La sottoscritto/a Dr./ssa _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

CAP _____ in Via _____ n. _____

Cell. _____ E.mail _____ Pec _____

titolare d'incarico a tempo indeterminato per complessive ore n. _____

in qualità di:

- Medico Specialista ambulatoriale nella Branca di _____
- Odontoiatra
- Medico Specialista Veterinario nell'Area _____
- Professionista ambulatoriale biologo
- Professionista ambulatoriale psicologo di cui alla scuola di specializzazione in Psicologia
- Professionista ambulatoriale psicologo di cui alla scuola di specializzazione in Psicoterapia.

convenzionato con questa Azienda USL UMBRIA 2, ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale, che disciplina i rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie

MANIFESTA L'INTERESSE AL TRASFERIMENTO

di n° ore sett. _____ presso la sede dell'USL Umbria 2 di _____

di n° ore sett. _____ presso la sede dell'USL Umbria 2 di _____

di n° ore sett. _____ presso la sede dell'USL Umbria 2 di _____

**E CONTESTUALMENTE CHIEDE
di lasciare le ore d'incarico svolte attualmente**

- presso la sede dell'USL Umbria 2 di _____ per n° _____ ore settimanali espletate nei giorni _____
con orario _____

con anzianità di incarico a far data dal _____

- presso la sede dell'USL Umbria 2 di _____ per n° _____ ore settimanali espletate nei giorni _____
con orario _____

con anzianità di incarico a far data dal _____

- presso la sede dell'USL Umbria 2 di _____ per n° _____ ore settimanali espletate nei giorni _____
con orario _____

con anzianità di incarico a far data dal _____

- presso la sede dell'USL Umbria 2 di _____ per n° _____ ore settimanali espletate nei giorni _____
con orario _____

con anzianità di incarico a far data dal _____

A tal fine,

DICHIARA

- di aver svolto almeno 18 (diciotto) mesi di servizio nella/nelle sede/i di provenienza sita/e presso la dell'USL Umbria 2.
- di svolgere l'attività nella Branca di _____ con un totale complessivo di ore settimanali espletate pari a n° _____

DICHIARA inoltre,

relativamente al possesso delle particolari capacità professionali richieste, nello specifico: _____

di essere stato valutato da apposita Commissione aziendale preposta, per le medesime particolari capacità professionali, come risulta da Delibera di conferimento di incarico n. _____ del _____ dell'Azienda _____

di esercitare gli stessi compiti e funzioni opportunamente certificata dal Responsabile del Servizio/Direttore di Distretto/Direttore di Presidio Ospedaliero di riferimento.

Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445/2000: Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Allega fotocopia del documento d'identità in corso di validità.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 Regolamento EU/2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data _____

Firma _____

(non soggetta ad autenticazione)