



SPECIALISTICA AMBULATORIALE AVVISO DI COMPLETAMENTO ORARIO

ACN per la Specialistica ambulatoriale 04.04.2024 – Art. 20 commi 2 e 3

ASP di Potenza

RICHIESTA MANIFESTAZIONE DI DISPONIBILITÀ

RICHIAMATA l'art. 20 ACN vigente, ai commi 1, 2, 3 e 5:

- comma 1, secondo cui: [...] *L'Azienda, prima di dare attuazione a quanto disposto al successivo comma 2, dà seguito alla procedura di mobilità al proprio interno (mobilità intraaziendale). Le domande devono essere presentate dal 1 al 31 gennaio di ciascun anno dagli specialisti ambulatoriali, veterinari o professionisti, che abbiano maturato, entro tale termine, un'anzianità di incarico di almeno 18 mesi nella sede di provenienza, con l'indicazione della sede presso cui intendono trasferirsi. L'Azienda valuta ed accoglie le richieste con prelazione di scelta per chi ha maggior anzianità di incarico nella stessa, in subordine il maggior numero di ore di incarico ed infine la maggiore età [...];*
- comma 2, secondo cui: [...] *successivamente l'Azienda verifica la possibilità di completare (per il raggiungimento del massimale orario di 38 ore settimanali), anche durante il periodo di prova, l'orario degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti già titolari a tempo indeterminato presso l'Azienda stessa nella medesima branca o area professionale [...];*
- comma 3, secondo cui: [...] *l'istituto di cui al comma precedente è possibile anche per gli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti già titolari di incarico a tempo indeterminato a 38 ore settimanali, suddivise in più Aziende, che richiedano di accentrare l'incarico in un'unica Azienda [...];*
- comma 5, secondo cui: [...] *allo specialista ambulatoriale, veterinario o professionista che rinunci al completamento di cui al comma 2, offerto nell'ambito provinciale in cui opera, è preclusa la possibilità di partecipare all'assegnazione di incarichi nella stessa Azienda per due turni successivi [...];*

PRESO ATTO della pubblicazione dell'Avviso, per l'anno 2026, sul sito istituzionale della ASP di Potenza, funzionale alla manifestazione di interesse alla mobilità intraaziendale dei Medici Specialisti Ambulatoriali, Odontoiatri, Medici Veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi), ai sensi dell'art. 20, comma 1 dell'ACN vigente, valevole per l'annualità 2026, per la ASP di Potenza:

VISTO l'art. 20 c. 2 e c. 3 ACN 2024, relativo alla possibilità di completare (per il raggiungimento del massimale orario di 38 ore settimanali), l'orario degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti già titolari a tempo indeterminato presso l'Azienda stessa nella medesima branca o area professionale, ovvero, di accentrare l'incarico in un'unica Azienda rinunciando alle ore eccedenti rispetto a quelle acquisite nell'Azienda di destinazione.



SI PUBBLICA

il presente Avviso per la manifestazione di interesse al completamento orario, ex art. 20 c. 2 e all'accentramento orario, di cui all'art. 20 comma 3, dell'ACN vigente, per le ore riportate nella Tabella allegata.

SI PRECISA che preliminarmente alla pubblicazione delle ore di cui alla predetta Tabella allegata al presente Avviso, sono state espletate le procedure di mobilità intraaziendale ai sensi dell'art. 20 c. 1 ACN 2024.

REQUISITI SPECIFICI DI ACCESSO ALLA PROCEDURA DI COMPLETAMENTO ORARIO (ex art. 20 c. 2):

essere titolari di incarichi di specialistica ambulatoriale convenzionata, presso la ASP di Potenza che ancora non abbiano raggiunto il massimale orario consentito di n. 38 ore settimanali, nella stessa branca per la quale è richiesto il completamento orario.

REQUISITI SPECIFICI DI ACCESSO ALLA PROCEDURA DI ACCENTRAMENTO ORARIO (ex art. 20 c. 3):

- essere titolari di incarichi di specialistica ambulatoriale convenzionata a tempo indeterminato a 38 ore settimanali, suddivise in più Aziende, che richiedano di accentrare l'incarico presso la ASP di Potenza, rinunciando alle ore eccedenti rispetto a quelle da acquisire nell'Azienda di destinazione.
- aver maturato un'anzianità di incarico di almeno 18 (diciotto) mesi in ciascuna Azienda di provenienza.

MOTIVI DI ESCLUSIONE DALLA PROCEDURA DI COMPLETAMENTO ORARIO (ex art. 20 commi 2 e 3):

- assenza di uno o più requisiti specifici di accesso, di cui sopra;
- domanda inviata con modulistica diversa/modificata da quella prevista dall'Avviso e domanda inviata a PEC diversa da quella prevista dall'Avviso;
- domanda trasmessa da casella di posta elettronica non certificata o da casella di posta elettronica certificata della quale il candidato non sia titolare;
- falsa dichiarazione del possesso dei requisiti specifici di accesso;
- domanda pervenuta oltre il **28.11.2025** termine di scadenza stabilito (5 giorni dalla pubblicazione) da considerarsi quale termine perentorio;
- invio di documenti illeggibili, non compilati o in formato modificabile qualora l'interessato/a non provveda ad un nuovo invio entro il giorno di scadenza;
- motivi di cui all'art. 5 comma 5, CN vigente.

CRITERI DI PRIORITÀ ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI:

in presenza di più istanze di partecipazione, le ore disponibili di incarico a tempo indeterminato sono assegnate, anche mediante frazionamento, attraverso la formulazione di apposita graduatoria utilizzando i seguenti criteri di priorità:



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

- in subordine, l'anzianità di specializzazione;
- la minore età.

I Medici Specialisti Ambulatoriali aspiranti alle ore poste in completamento orario e accentramento orario, **devono comunicare la propria disponibilità, entro 5 giorni dalla data della pubblicazione del presente Avviso, tramite posta elettronica certificata personale, esclusivamente al seguente indirizzo PEC: comitato.specamb@a.pec.asphasilicata.it.**

La comunicazione di disponibilità dovrà essere inviata, **entro le ore 24:00 del 28.02.2026, pena esclusione dalla procedura. A tal fine, farà fede la data della trasmissione della detta posta elettronica certificata.**

Trascorso inutilmente tale termine gli interessati saranno, quindi, considerati rinunciatari.

I candidati **dovranno inviare i seguenti documenti**, compilati in ogni parte e sottoscritti:

- domanda, in formato pdf con firma digitale o autografa (allegata a presente Avviso);
- dichiarazione di assenza di cause di incompatibilità (allegata a presente Avviso)
- documento di identità.

Per quanto non espressamente previsto dal presente Avviso, si fa integralmente rinvio all'ACN vigente.

Potenza, 23.02.2026

Il Presidente del Comitato Zonale
Dott. Giuseppe DEFILIPPIS
D'Ordine del Presidente
Dr.ssa Giulia MOTOLA

La Segretaria del Comitato Consultivo Zonale
Coordinatrice Sig.ra Maria Teresa Giorgio
Tel. 0971 310117
email: info@comitatoconsultivo.asphasilicata.it



COMITATO CONSULTIVO ZONALE
SPECIALISTICA AMBULATORIALE
POTENZA

PUBBLICAZIONE MONTE ORE VACANTE

Ex Art. 20 commi 2 e 3 (Completamento Orario) - ACN VIGENTE - Disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi del del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni

1° TRIMESTRE 2026

BRANCA	N. ORE SETTIMANALI	SEDE DI SERVIZIO
Cardiologia	22	Venosa
	14	Lavello
	9	Rionero in Vulture
	10	Genzano di Lucania
	3	Brienza
	5	Lauria
	12	POD Chiaromonte
	26	Senise
	6	Maratea
Chirurgia Vascolare	10	Potenza
	4	Avigliano
	5	Senise
Dermatologia	21	Lauria
	4	Sant'Arcangelo
	5	Senise
	9	Rionero in Vulture
	4	Chiaromonte



Diabetologia	10	Lagonegro
	5	Lauria
	38	Potenza
	12	Venosa
	12	Rionero in Vulture
Endocrinologia	10	Senise
	38	Potenza
	15	Villa D'Agri
	10	Sant'Arcangelo
	10	Lagonegro
	5	Lauria
	12	Melfi
	12	Rionero in Vulture
Fisiatria	6	Lavello
Geriatra	38	Lauria
Igiene e Medicina Preventiva	19	Potenza
	19	Venosa/Melfi
Medicina del Lavoro	38	Ambito Venosa/Melfi
Medicina dello Sport	14	Potenza
	6	Senise
	6	Lauria
Neurologia	6	Lavello
N.P.I.	19	Distretto Venosa
	20	DCA Chiaromonte
	2	UVBR Distretto ambito Villa D.

gr

	6	Lavello
	38	SPDC Villa D'Agri
Oculistica	12	Lavello
	6	Corleto Perticara
	38	Distretto Vulture/Melfese
	6	Sant'Arcangelo
O.R.L.	6	Corleto Pertica
	38	Potenza
	10	Lauria
	3	Muro Lucano
Ortopedia	6	Senise
	5	Villa D'Agri
	6	Lavello
	6	Corleto Perticara
	5	Sant'Arcangelo
Ostetricia e Ginecologia	8	C. F. Venosa
	10	C. F. Melfi
	10	C. F. Lavello
	10	C. F. Genzano di Lucania
Pneumologia	15	Ambito Senise
	5	POD Chiaromonte
	8	Lavello
	5	Genzano di Lucania
Pediatria	6	Rotonda





	18	Distretto Lagonegrese/Pollino
Psichiatria	38	Ser.D Melfi
Radiologia	38	Potenza
Reumatologia	5	Lavello
Urologia	6	Lagonegro
	6	Senise
	38	Potenza
Psicologia	15	C. F. Oppido Lucano
	10	Ambulatorio Viggianello
	6	Ambulatorio Castelluccio Inf.
	6	Ambulatorio Castelluccio Sup.
	16	Ambulatorio Rotonda

La Segretaria del Comitato Consultivo Zonale
 Coordinatrice Sig.ra Maria Teresa Giorgio
 Tel. 0971/310427
 E-mail: mariateresa.giorgio@aspsilicata.it
 PEC: comitato-specumb@pec.aspsilicata.it



COMITATO CONSULTIVO ZONALE
SPECIALISTICA AMBULATORIA POTENZA

Al Comitato Zonale Specialistica Ambulatoriale
c/o UOC Cure Primarie PZ- Venosa-Melfi
PEC: comitato specamb@pec.aspbasilicata.it

Oggetto: DISPONIBILITÀ COMPLETAMENTO ORARIO – Art. 20 commi 2 e 3 ACN 04.04.2024

Il/La Dott/Dott.ssa _____ nato/a _____ il _____
Residente a _____ (Cap) _____ Via _____ N. _____
Cell. _____ Pec _____

Comunica di accettare l'incarico per la copertura di n. _____ ore/sett. - Branca di _____

Dichiara, sotto la propria responsabilità, di:

- essere laureato in _____ in data _____ con voto _____
- essere iscritto all'Albo Professionali di _____ dal _____
- essere Specializzato in _____ Titolo conseguito il _____ con voto _____
- essere Specialista Ambulatoriale a tempo indeterminato dal _____

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara di espletare attualmente la propria attività presso le seguenti sedi:

- 1) _____ per n. ore sett. _____
- 2) _____ per n. ore sett. _____
- 3) _____ per n. ore sett. _____
- 4) _____ per n. ore sett. _____

Il/la sottoscritto/a dott. _____ consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci, afferma che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

Data _____

Firma (per esteso) _____