SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
ROMA 5

REGIONE
LAZIO

U.O.C. GESTIONE DEL PERSONALE

N° 10118 Tivoli 22.03.2021

AVVISO INTERNO
PER LA COPERTURA DI ORE VACANTI NELLA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA
BRANCA GERIATRIA
DISTRETTO SANITARIO DI PALESTRINA-CASA DELLA SALUTE ZAGAROLO

Vista la deliberazione n. 498 del 18/03/2021 avente per oggetto "Indizione Avviso interno n. 9 ore specialista ambulatoriale, branca geriatria, Distretto Sanitario di Palestrina ai sensi dell'art. 20 comma 1 ACN per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie del 31/03/2020"

In applicazione dell'art. 20 c. 1 dell'ACN per disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie del 31/03/2020, è indetto un Avviso interno per la copertura di ore disponibili di specialistica ambulatoriale convenzionata.

Possono partecipare alla presente selezione i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale convenzionata presso questa Azienda nella stessa branca del turno cui si aspira, che ancora devono completare il loro orario settimanale, vale a dire i medici che, fra tutti gli incarichi di specialistica ambulatoriale convenzionata detenuti, ancorché sommati ad altra attività compatibile, ancora non abbiano raggiunto il massimale orario consentito di 38 ore settimanali;

Resta inteso che l'acquisizione delle ore aggiuntive non potrà avvenire rinunciando contestualmente ad altro incarico presso ASL Roma 5

I medici interessati al turno in oggetto del presente Avviso devono far pervenire la domanda entro e non oltre il 6 APRILE 2021 con nota indirizzata alla Azienda Sanitaria Locale Roma 5 – U.O.C. Gestione del Personale– Via Acquaregna, 1/15 – 00019 Tivoli (RM), a mezzo e.mail all'indirizzo personale.convenzione@aslroma5.it

Non si terrà conto delle domande pervenute successivamente a tale data.
In caso di sovrapposizione oraria con il turno scelto, l'interessato deve allegare alla domanda di partecipazione il nulla osta del Direttore del Distretto alla eventuale modifica dell'orario, pena l'esclusione.

Le ore settimanali disponibili da assegnare, branca di GERIATRIA sono n. 9 settimanali da svolgersi nel Distretto Sanitario di Palestrina – Casa della Salute di Zagarolo come di seguito indicato:

- giovedì dalle ore 8,00 alle ore 14.00 (6 ore)- attività CAD
- giovedì dalle ore 14.30 alle ore 17.30 (3 ore) ambulatorio

Nella domanda redatta secondo lo schema allegato, il medico interessato dovrà indicare in ordine di preferenza le ore e dichiarare in forma di autocertificazione ai sensi del DPR 445/200 e s.m.i., l'anzianità di incarico ed il numero di ore degli incarichi detenuti (dati che dovranno corrispondere a quanto registrato dal Comitato Zonale di Roma e Provincia), nonché la data di conseguimento della specializzazione e degli orari di tutti gli incarichi trattenuti con questa o altre ASL.

Le suddette ore saranno attribuite, tra tutte le domande ammissibili pervenute nei termini di cui sopra, in base ai seguenti criteri indicati nell'art. 20 c. 1 dell'ACN vigente:

1. Maggiore anzianità di incarico
2. A parità di anzianità di incarico, prevale il maggior numero di ore di incarico, in subordine l'anzianità di specializzazione ed infine la minore età

Si fa infine presente che il comma 2 dell'art. 20 dell'ACN vigente prevede che "*allo specialista ambulatoriale che rinunci al completamento di cui al comma 1 è preclusa la possibilità di partecipare alla assegnazione di incarichi nella stessa Azienda per due turni di pubblicazione e di percepire l'indennità di cui all'Art. 45 fino all'accettazione di ampliamento orario*"

L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, sospendere, revocare e annullare il presente Avviso (o parte di esso) qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse senza che gli interessati possano vantare diritti o pretese di sorta.

Il Direttore pro tempore
U.OC. Gestione del Personale
Dott. Filippo Cairo

Il Responsabile
Personale a Convenzione

ALLA ASL ROMA 5
UOC POLITICHE DEL PERSONALE E QUALITA'
VIA ACQUAREGNA, 1-15
00019 TIVOLI RM
Email:personale.convenzione@aslroma5.it

OGGETTO: domanda per la copertura di ore vacanti di specialistica ambulatoriale a convenzione ai sensi dell'art. 20 c. 1 ACN/2020.

Il/la sottoscritto/a Dott._____ nato/a a _____ il _____ e residente in _____ Via_____ tel. _____ cell._____, in risposta all'Avviso n. _____ del _____ della ASL Roma 5 per la copertura di ore vacanti nella specialistica ambulatoriale a convenzione

CHIEDE

Di partecipare al suddetto Avviso, dichiarandosi disponibile a coprire il turno ivi indicato

- per n. _____ ore settimanali nella branca di _____ presso il Distretto sanitario di _____ secondo l'articolazione oraria prevista nell'Avviso per tale turno.

- per n. _____ ore settimanali nella branca di _____ presso il Distretto sanitario di _____ secondo l'articolazione oraria prevista nell'Avviso per tale turno.

A tal fine dichiara, ai sensi del DPR 445/2000 e smi, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci:

1. di essere in possesso dei requisiti per lo svolgimento delle attività come indicati nell'Avviso.
2. di essere titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato per la ASL Roma 5 per n. _____ ore settimanali di specialistica ambulatoriale a convenzione nella branca di _____ svolte presso il Distretto sanitario di_____
3. di essere titolare dei seguenti ulteriori rapporti convenzionali:

presso la ASL _____ , per n. _____ settimanali per attività di _____

presso la ASL _____ , per n. _____ settimanali per attività di _____

presso la ASL _____ , per n. _____ settimanali per attività di _____

4. di avere un impegno orario complessivo di n. _____ ore settimanali
5. che l'anzianità dell'incarico (data inizio del rapporto convenzionale registrata dal Comitato Zonale) decorre dal _____
6. di essere in possesso della specializzazione in _____ conseguita in data _____ presso l'Università_____

Il sottoscritto da il proprio assenso al trattamento dei dati personali, che verranno utilizzati per i fini connessi all'espletamento della presente procedura selettiva

Data_____

Firma

_____