

## U.O.C. GESTIONE DEL PERSONALE

N° 11571

Tivoli

31/03/2021

**AVVISO INTERNO  
PER LA COPERTURA MEDIANTE AUMENTO ORARIO DI TURNI VACANTI NELLA  
MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI  
DISTRETTO SANITARIO DI PALESTRINA**

Vista la delibera n. 532 del 25/03/2020 avente per oggetto "Indizione Avviso interno n. 10 ore e 30 minuti medicina dei servizi Distretto Sanitario di Palestrina"

In applicazione dell'Art. 76 dell'ACN MMG del 23.03.2005 e s.m.i. e della circolare regionale n. 75974 dell'11.07.2007, è indetto un Avviso interno per la copertura dei turni vacanti nella Medicina dei Servizi Territoriali.

I suddetti turni verranno attribuiti mediante l'aumento orario, **fino ad un massimo di 38 ore settimanali**, ai medici con incarico a tempo indeterminato presso questa Azienda nella Medicina dei Servizi territoriali.

Possono partecipare alla presente selezione i medici titolari di rapporto convenzionale con questa Azienda nella Medicina dei Servizi Territoriali con un orario inferiore a 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 all'aumento orario devono far pervenire la domanda entro e non oltre il termine del 14/04/2021 tramite e.mail al seguente indirizzo **personale.convenzione@asl-roma5.it**

Non si terrà conto delle domande pervenute successivamente a tale data.

In caso di **sovraposizione oraria** con il turno/i scelto/i, l'interessato deve allegare alla domanda di partecipazione, pena l'esclusione, il nulla osta del Direttore del Distretto Sanitario dove svolge la propria attività alla eventuale modifica dell'orario

**Le ore vacanti da assegnare sono 10 ore e 30 minuti per il Distretto Sanitario di Palestrina per le attività di protesica e CAD da svolgersi in via eccezionale e temporanea per n. 6 mesi presso il Distretto Sanitario di Guidonia con la seguente articolazione oraria**

- 1) Lunedì dalle ore 9.00 alle ore 14.00( 5 ore)
- 2) Venerdì dalle ore 8.30 alle ore 14.00 (5 ore e 30 minuti)



Nella domanda redatta secondo lo schema allegato, il medico interessato dovrà dichiarare in ordine di preferenza il turno prescelto e in forma di autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i., l'anzianità di incarico nella Medicina dei Servizi territoriali, il voto di laurea conseguito e la data di conseguimento della stessa, nonché lo svolgimento, la natura e l'impegno orario di altri rapporti convenzionali intrattenuiti con questa o altre ASL.

I suddetti turni verranno attribuiti, fra tutte le domande ammissibili pervenute nei termini di cui sopra, in base ai seguenti criteri:

1. Maggiore anzianità di incarico a tempo indeterminato nella attività di Medicina dei Servizi territoriali
2. A parità di anzianità di incarico, nell'ordine, la minore età, il maggior voto di laurea e la maggiore anzianità di laurea

L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, sospendere annullare o revocare 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.O.C. Gestione del Personale

Dott. Filippo COIRO

Il Responsabile Personale a Convenzione

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

**OGGETTO: Domanda per aumento di orario nella Medicina dei Servizi Territoriali . Avviso n.\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_**

Il/la sottoscritto/a Dott.\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, in risposta all'Avviso n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ della ASL Roma 5 per la copertura dei turni vacanti nella medicina dei servizi territoriali

**CHIEDE**

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

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

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 titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato per la ASL Roma 5 per la medicina dei servizi senza soluzione di continuità dalla data del \_\_\_\_\_ per un -numero di ore pari a \_\_\_\_\_ nel Distretto di \_\_\_\_\_ -numero di ore pari a \_\_\_\_\_ nel Distretto di \_\_\_\_\_
2. di essere titolare dei seguenti ulteriori rapporti convenzionali:

Medicina di Base presso ASL ..... con n° ..... di scelte

Continuità Assistenziale presso ASL ..... incarico per n° ..... ore settimanali

Medicina dei Servizi Territoriali ASL ..... per n° ..... ore settimanali

3. Di essere in possesso della laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_