

U.O.C. GESTIONE DEL PERSONALE

N° 12773Tivoli 09.04.2021

**AVVISO INTERNO  
PER LA COPERTURA MEDIANTE AUMENTO ORARIO DI TURNI VACANTI NELLA  
MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI  
DISTRETTO SANITARIO DI TIVOLI  
ATTIVITA' SERD**

Viste le delibere n. 609 e n. 610 del 08/04/2021 relative all'indizione di avvisi interni per la copertura complessivamente di n. 12 ore settimanali di medicina dei servizi \_attività Serd Distretto Sanitario di Tivoli

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 suddetti 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 25 APRILE 2021 tramite e.mail al seguente indirizzo email:  
**personale.convenzione@aslroma5.it**

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

In caso di **sovrapposizione 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 in totale n. 12 settimanali per il Distretto Sanitario di Tivoli da svolgersi presso il servizio Serd di Rivoli/Guidonia con sede in Via dei Castagni 22/23-Guidonia come di seguito indicato:**

- a) Giovedì dalle ore 8.00 alle ore 14.00 ( 6 ore) disponibili dal 01/06/2021
- b) Venerdì dalle ore 11.30 alle ore 17.30 ( 6 ore)

Nella domanda redatta secondo lo schema allegato, il medico interessato dovrà dichiarare l'ordine di preferenza 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 intrattenuti 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



Oggetto: Domanda per conferimento incarico tempo indeterminato nell'attività  
di Medicina dei Servizi Territoriali

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a .....

Il ..... e residente in ..... Via ....., n° .....

Tel..... Cell.....in risposta all'Avviso della ASL RM 5 per il conferimento di

incarico a tempo indeterminato nella Medicina dei Servizi Territoriali prot. N° ..... del .....

### CHIEDE

Di partecipare al suddetto Avviso dichiarandosi disponibile a ricoprire il/i seguente/i turno/i indicandone la disponibilità

- a) .....
- b) .....
- c) .....
- d) .....
- e) .....

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

Di essere titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato nell'attività di Medicina di Base, Continuità Assistenziale e/o Medicina dei Servizi Territoriali presso:

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

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

Data.....

FIRMA

.....