



DIREZIONE SANITARIA

N°

17260...

Tivoli

6/4/2022

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
RIVOLTA AGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI
PER IL RECUPERO DELLE
PRESTAZIONI SANITARIE NON EROGATE IN RAGIONE DELL'EPIDEMIA DA SARS-CoV-2**

Ravvisata la necessità di adottare iniziative straordinarie al fine di garantire, in coerenza con le indicazioni regionali, il recupero delle prestazioni Non erogate nell'anno 2021, in ragione dell'epidemia da SARS-CoV-2 per le seguenti branche: Oculistica, Ortopedia, ORL, Neurologia, Pneumologia, Chirurgia generale (esecuzione di endoscopie digestive).

Visto l'art. 41 l'ACN/2020 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie relativamente ai progetti aziendali

Preso atto del parere favorevole espresso nell'incontro del 04/04/2022 dalle organizzazioni sindacali firmatarie dell'ACN vigente allo svolgimento dell'attività per il recupero delle prestazioni

E' INDETTA

una Manifestazione di interesse rivolta agli specialisti ambulatoriali titolari di incarico a tempo indeterminato presso questa Azienda per le suddette branche, per acquisire la disponibilità ad effettuare prestazioni aggiuntive, in via eccezionale e temporanea, allo scopo di garantire il recupero delle prestazioni non erogate nell'anno 2021 in ragione dell'epidemia da SARS Cov 2.

L'attività verrà svolta secondo le indicazioni della Direzione Sanitaria Aziendale, al di fuori dell'orario di incarico e regolarmente attestata nel rilevatore presenze dall'apposito codice attività

Per ogni ora di attività prestata verrà corrisposto l'importo di € 60,00 lordi

Gli specialisti ambulatoriali titolari di incarico a tempo indeterminato presso questa Azienda per le seguenti branche :

- Oculistica
- Ortopedia
- ORL
- Neurologia
- Pneumologia
- Chirurgia generale (per esecuzione di endoscopie digestive)-

interessati al presente bando dovranno fornire la propria disponibilità **entro il 12 APRILE 2022**
all'indirizzo email: personale.convenzione@aslroma5.it riportando espressamente nell'oggetto della email il numero di protocollo della presente Manifestazione



Nella domanda redatta secondo lo schema allegato, il medico interessato dovrà dichiarare in forma di autocertificazione ai sensi del DPR 445/200 e s.m.i il numero delle ore degli incarichi detenuti (dati che dovranno corrispondere a quanto registrato dal Comitato Zonale di Roma e Provincia)e degli orari di tutti gli incarichi in corso con questa o altre ASL.

L'Azienda si riserva la facoltà di annullare, prorogare, sospendere, 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 Amministrativo

Dott. Filippo Coiro

Il Direttore Sanitario Aziendale

Dr.ssa Velia Bruno

Il Direttore Generale

Dott. Giorgio Giulio Santonocito

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

OGGETTO: domanda adesione manifestazione di interesse.

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato/a a _____ il
_____ CF _____ e residente in _____
Via _____ tel. _____ cell. _____, in risposta alla manifestazione di interesse
n. _____ del _____ della ASL Roma 5

CHIEDE

Di partecipare alla suddetta Manifestazione

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 aver preso visione dell'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/i sanitario/i di _____ (giorno/orario) _____

3. di essere titolare dei seguenti ulteriori rapporti convenzionali:

presso la ASL _____, per n. _____ settimanali (giorno/orario) _____

presso la ASL _____, per n. _____ settimanali (giorno/orario) _____

presso la ASL _____, per n. _____ settimanali (giorno/orario) _____

di avere un impegno orario complessivo di n. _____ ore settimanali

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 _____