

U.O.C. GESTIONE DEL PERSONALE

N° 23177

Tivoli

10.05.2022

**AVVISO INTERNO
PER LA COPERTURA ORE VACANTI NELLA MEDICINA
SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA
N. 4 ORE BRANCA NEUROLOGIA
DISTRETTO SANITARIO DI PALESTRINA**

Vista la delibera n. 829 del 05/05/2022 avente per oggetto : *"Indizione Avviso interno n. 4 ore settimanali specialistica ambulatoriale, branca neurologia Distretto Sanitario di Palestrina, ai sensi dell'art. 20 comma ACN per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie del 31/03/2020 e smi"*.

In applicazione dell'art. 20 c. 1 dell'ACN per la Specialistica ambulatoriale, la Veterinaria ed altre professionalità a convenzione entrato in vigore il 31.03.2020 e smi, che testualmente recita: *"...L'Azienda verifica la possibilità di completamento dell'orario degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti titolari a tempo indeterminato valutati idonei da parte della commissione tecnica aziendale o di coloro che già esercitano gli stessi compiti e funzioni nell'Azienda qualora si rendano disponibili ore in precedenza conferite previa valutazione del possesso delle stesse particolari capacità professionali ovvero nuove ore attivate dall'Azienda con le medesime caratteristiche"* è indetto un Avviso per la copertura di ore disponibili nella 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 in possesso delle competenze richieste, 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 e che abbiano il requisito di medico autorizzato

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

I medici interessati ai turni in oggetto del presente Avviso devono far pervenire la domanda entro e non oltre il 24.05.2022, con nota indirizzata alla Azienda Sanitaria Locale Roma 5 – U.O.C. Gestione del Personale – Via Acquaregna, 1/15 – 00019 Tivoli (RM), a mezzo email all'indirizzo personale.convenzione@aslroma5.it, riportando nell'oggetto il numero dell'Avviso.

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.

Le ore disponibili per un totale di n. **4 ore settimanali branca neurologia Distretto Sanitario di Palestrina** sono le seguenti :

- Distretto Sanitario di Palestrina- Casa della Salute di Zagarolo
n. 4 ore settimanali branca neurologia con la seguente articolazione oraria:
martedì dalle ore 9.00 alle ore 13.00

per lo svolgimento di attività da parte di specialista ambulatoriale, branca neurologia, con specifiche capacità professionali come di seguito riportato: *"attività di valutazione multidimensionale distrettuale (UVMD) ex*



art. 26- disabilità adulti; lo specialista neurologo dovrà possedere comprovata competenza nella valutazione dei bisogni, espressi e non, della disabilità complessa-secondo il modello bio-psico-sociale (OMS)- dalla valutazione multidimensionale distrettuale fino all'individuazione dei percorsi terapeutico/riabilitativo/assistenziali ed appropriatezza prescrittiva di presidi protesici, specie quelli di particolare complessità, riservati ai profili di disabilità grave";

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 possesso delle competenze, 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.

I suddetti turni verranno attribuiti, 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 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 pro tempore
U.O.C. Gestione del Personale

Dott. Filippo Coiro

Il Responsabile PO Personale a Convenzione
Dott.ssa Alessandra Maggiani

OGGETTO: domanda per la copertura di ore vacanti di specialistica ambulatoriale a convenzione ai sensi dell'art. 20 c. 2 ACN/2020 e smi.

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato/a a _____ il _____
CF _____ 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 all'assegnazione delle seguenti ore ivi indicate

1. per n. _____ ore settimanali presso il Distretto sanitario di _____ da svolgersi il (indicare articolazione oraria) _____.
2. per n. _____ ore settimanali presso il Distretto sanitario di _____ da svolgersi il (articolazione oraria) _____.
3. per n. _____ ore settimanali presso il Distretto sanitario di _____ da svolgersi il (indicare articolazione oraria) _____.

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 delle competenze richieste;
2. di essere titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato, branca _____ per la ASL Roma 5 per n. ___ore settimanali svolte presso il Distretto di _____ (indicare articolazione oraria) _____
n. ___ ore settimanali svolte presso il Distretto di _____ (indicare articolazione oraria) _____
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 _____

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 _____