



U.O.C. GESTIONE DEL PERSONALE

N°

26013

Tivoli

30/05/2022

**AVVISO INTERNO**  
**PER LA COPERTURA ORE VACANTI NELLA MEDICINA**  
**SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA**  
**N. 15 ORE e 30 MINUTI BRANCA RADIOLOGIA**  
**DISTRETTO SANITARIO DI COLLEFFERRO**

Vista la deliberazione n. 966 del 26/05/2022 avente per oggetto "Indizione Avviso interno n. 15 ore e 30 minuti settimanali specialistica ambulatoriale, branca radiologia, Distretto Sanitario di Collevero, ai sensi dell'art. 20 comma I 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. I dell'ACN per la Specialistica ambulatoriale, la Veterinaria ed altre professionalità a convenzione entrato in vigore il 31.03.2020 e smi , 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 14-06-2022 , 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.

Il turno disponibile per un totale di n. **15 ore e 30 minuti settimanali branca radiologia Distretto Sanitario di Collevero** sono le seguenti :

Distretto Sanitario di Collevero

- Attività ambulatoriale ecografica nel quale verrà compresa anche l'attività specialistica ambulatoriale da prestare per l'esecuzione dei PDTA distrettuali:
  - Lunedì dalle ore 9.00 alle ore 16.30 ( 7 ore e 30 minuti)
  - Giovedì dalle ore 9.00 alle ore 17.00 ( 8 ore)

Decorrenza : 01/07/2022



Nella domanda redatta secondo lo schema allegato, il medico interessato dovrà indicare le ore in ordine di preferenza 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.

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

Il Responsabile del procedimento

Dott.ssa Alessandra Passacantando

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

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**

Presa visione dell'Avviso e delle attività ivi indicate, 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) \_\_\_\_\_.
4. per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali presso il Distretto sanitario di \_\_\_\_\_ da svolgersi il (articolazione oraria) \_\_\_\_\_.
5. per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali presso il Distretto sanitario di \_\_\_\_\_ da svolgersi il (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 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) \_\_\_\_\_
2. 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 \_\_\_\_\_
3. di avere un impegno orario complessivo di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali
4. che l'anzianità dell'incarico (data inizio del rapporto convenzionale registrata dal Comitato Zonale ) decorre dal \_\_\_\_\_
5. 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 \_\_\_\_\_