



N° 36228

Tivoli

03.08.2022

**AVVISO INTERNO  
PER LA COPERTURA DI N. 6 ORE SETTIMANALI NELLA MEDICINA  
SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA  
BRANCA ODONTOIATRIA  
DISTRETTO SANITARIO PALESTRINA**

Vista la deliberazione n. 1365 del 01/08/2022 avente per oggetto "Riconversione ore specialistica ambulatoriale Distretto Sanitario di Palestrina. Indizione Avvisi."

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 s.m.i., è indetto un Avviso per la copertura di n. 6 ore settimanali disponibili nella Specialistica ambulatoriale convenzionata - branca Odontoiatria.

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, 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.

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 18.08.2022, 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](mailto:personale.convenzione@aslroma5.it) **riportando espressamente nell'oggetto della email il numero di protocollo del presente 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, pena esclusione.

Il turno di n. **6 ore** settimanali branca **odontoiatria** da svolgersi nel **Distretto Sanitario di Palestrina** presso il **Presidio Ambulatoriale di Palestrina** è il seguente:

- Giovedì dalle ore 08.00 alle ore 14.00 (6 ore) - espletamento attività odontoiatrica e protesica odontoiatrica;

Decorrenza 01.09.2022

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., 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.

Il suddetto turno verrà attribuito, 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

Di partecipare al suddetto Avviso, dichiarandosi disponibile all'assegnazione delle seguenti ore ivi indicate

1. per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di \_\_\_\_\_ presso il Distretto sanitario/  
Dipartimento – sede di \_\_\_\_\_ da svolgersi il \_\_\_\_\_ (indicare articolazione oraria) \_\_\_\_\_.

2. per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di \_\_\_\_\_ presso il Distretto sanitario/  
Dipartimento – sede di \_\_\_\_\_ da svolgersi il \_\_\_\_\_ (indicare articolazione oraria) \_\_\_\_\_.

3. per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di \_\_\_\_\_ presso il Distretto sanitario/  
Dipartimento – sede 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 aver preso visione di quanto indicato nell'Avviso (orario/modalità/requisiti/competenze) e di essere in possesso dei requisiti/competenze per lo svolgimento delle attività come indicate nell'Avviso che verranno svolte dal sottoscritto in caso di assegnazione delle ore 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: \_\_\_\_\_