



N°

39240

Tivoli

02-09-2022

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

Vista la deliberazione n. 1467 del 30.08.2022 avente per oggetto "Indizione Avviso interno n. 6 ore settimanali specialistica ambulatoriale, branca neurologia – attività cad, Distretto Sanitario di Tivoli ai sensi dell'art. 20 comma 1 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, è indetto un Avviso per la copertura di n. 6 ore settimanali nella Specialistica ambulatoriale convenzionata - branca Neurologia.

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 16 settembre 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 **neurologia – attività cad** - da svolgersi presso il **Distretto Sanitario di Tivoli** è il seguente:

- Venerdì dalle ore 08.00 alle ore 14.00 (6 ore) – attività cad

**Decorrenza 01.10.2022**

Nella domanda redatta secondo lo schema allegato, il medico interessato dovrà dichiarare in forma di autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 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

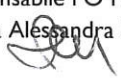
Si fa infine presente che il comma 2 dell'art. 20 dell'ACN vigente prevede che *“allo specialista ambulatoriale che rinunci al completamento di cui al comma 1 è preclusa la possibilità di partecipare alla assegnazione di incarichi nella stessa Azienda per due turni di pubblicazione e di percepire l'indennità 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 U.O.C. Gestione del Personale  
(Dott. Vincenzo Romeo)



Il Responsabile PO Personale a Convenzione  
Dott.ssa Alessandra Maggiani



Il Responsabile del procedimento  
Sig.ra Dania Puccetti



ALLA ASL ROMA 5  
UOC GESTIONE DEL PERSONALE  
VIA ACQUAREGNA, 1-15  
00019 TIVOLI RM  
Email: [personale.convenzione@aslroma5.it](mailto:personale.convenzione@aslroma5.it)

**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 di \_\_\_\_\_ da svolgersi il *(indicare articolazione oraria)* \_\_\_\_\_.
2. per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di \_\_\_\_\_ presso il Distretto sanitario di \_\_\_\_\_ da svolgersi il *(articolazione oraria)* \_\_\_\_\_.
3. per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di \_\_\_\_\_ presso il Distretto sanitario di \_\_\_\_\_ da svolgersi il *(indicare articolazione oraria)* \_\_\_\_\_.
4. per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_