

U.O.C. GESTIONE DEL PERSONALE

N° 4.9245

Tivoli

07/11/2022

**AVVISO INTERNO  
PER LA COPERTURA MEDIANTE AUMENTO ORARIO DI ORE DISPONIBILI NELLA MEDICINA DEI  
SERVIZI TERRITORIALI  
DISTRETTO SANITARIO DI SUBIACO**

In esecuzione della deliberazione n. 1879 del 3/11/2022

In applicazione dell'art. 50 ACN/2022 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale è indetto un Avviso per la copertura di ore disponibili nella medicina dei servizi territoriali

I suddetti turni verranno attribuiti mediante l'aumento orario, fino ad un massimo di 38 ore settimanali, ai medici con incarico a tempo indeterminato presso questa Azienda nella Medicina dei Servizi territoriali.

Possono partecipare alla presente selezione i medici titolari di rapporto convenzionale con questa Azienda nella Medicina dei Servizi Territoriali con un orario inferiore a 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 all'aumento orario devono far pervenire la domanda entro e non oltre il termine del 21/11/2022 tramite e.mail al seguente 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/i scelto/i, l'interessato deve allegare alla domanda di partecipazione, pena l'esclusione, il nulla osta del Direttore del Distretto Sanitario dove svolge la propria attività alla eventuale modifica dell'orario.

Le ore disponibili da assegnare sono le seguenti:

Distretto Sanitario Subiaco- servizio CAD		lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato
		9,00-14,00	9,00-14,00	9,00-14,00	9,00-14,00		
totale ore settimanali	20	5	5	5	5	0	0

**Decorrenza 01/12/2022**

Nella domanda redatta secondo lo schema allegato, il medico interessato dovrà indicare in ordine di preferenza le ore e dichiarare in forma di autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i., l'anzianità di incarico nella Medicina dei Servizi territoriali, il voto di laurea conseguito e la data di conseguimento della stessa, nonché lo svolgimento, la natura e l'impegno orario di altri rapporti convenzionali intrattenuti con questa o altre ASL.

Il suddetto turno verrà attribuito, fra tutte le domande ammissibili pervenute nei termini di cui sopra, in base ai seguenti criteri:

1. Maggiore anzianità di incarico a tempo indeterminato nella attività di Medicina dei Servizi territoriali
2. A parità di anzianità di incarico, nell'ordine, la minore età, il maggior voto di laurea e la maggiore anzianità di laurea

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

**OGGETTO:** Domanda per aumento di orario nella Medicina dei Servizi Territoriali . Avviso interno n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, in risposta all'Avviso n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ della ASL Roma 5 per la copertura dei turni vacanti nella medicina dei servizi territoriali

**CHIEDE**

Di partecipare al suddetto Avviso, dichiarandosi disponibile a coprire il seguente turno ivi indicato

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara, ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci:

1. Di aver preso visione dell'avviso e di svolgere le attività richieste
2. di essere titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato per la ASL Roma 5 per la medicina dei servizi senza soluzione di continuità dalla data del \_\_\_\_\_ per un  
 -numero di ore pari a \_\_\_\_\_ nel Distretto di \_\_\_\_\_ articolazione oraria \_\_\_\_\_  
 -numero di ore pari a \_\_\_\_\_ nel Distretto di \_\_\_\_\_ articolazione oraria \_\_\_\_\_
3. di essere titolare dei seguenti ulteriori rapporti convenzionali:  
 Medicina di Base presso ASL ..... con n° ..... di scelte  
 Continuità Assistenziale presso ASL .....incarico per n° ..... ore settimanali  
 Medicina dei Servizi Territoriali ASL ..... per n° .....ore settimanali
4. Di essere in possesso della laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

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