

U.O.C. GESTIONE DEL PERSONALE

N°

Tivoli

AVVISO INTERNO
PER LA COPERTURA DI N. 4 ORE SETTIMANALI NELLA MEDICINA
SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA
BRANCA NEUROLOGIA
DISTRETTO SANITARIO COLLEFERRO

In esecuzione della deliberazione n. 330 del 01.03.2023

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. 4 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 ricoperti, 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 20.03.2023 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 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. 4 settimanali branca NEUROLOGIA–Distretto Sanitario di COLLEFERRO Servizio CAD è il seguente:

- Martedì dalle ore 8.30 alle ore 12.30

Decorrenza 01/04/2023

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 ricoperti (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



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 smi, 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