SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 5

REGIONE LAZIO

U.O.C. GESTIONE DEL PERSONALE

N° .....

Tivoli .....

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

In esecuzione della deliberazione n. 356 del 02.05.2023

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 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 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 17.05.2023 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. 6 settimanali branca NEUROLOGIA -servizio CAD -Distretto Sanitario di TIVOLI è il seguente:

- n. 1 turno per n. 6 ore settimanali – branca neurologia- attività CAD
  mercoledì dalle ore 8.30 alle ore 14.30

Decorrenza 01/06/2023

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

Fac simile domanda

ALLA ASL ROMA 5
UOC GESTIONE DEL PERSONALE
VIA ACQUAREGNA, 1-15
00019 TIVOLI RM
e-mail: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/ 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: _____