

U.O.C. GESTIONE DEL PERSONALE

N° .....

Tivoli

**AVVISO INTERNO  
PER LA COPERTURA DI TURNO VACANTE  
NELLA MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI  
DISTRETTO SANITARIO DI COLLEFFERRO**

In esecuzione della deliberazione n. 857 del 02.05.2023

In applicazione dell'art. 50 dell'ACN MMG del 28/04/2022 è indetto un Avviso interno per la copertura di turni vacanti di medicina dei servizi territoriale Distretto Sanitario di COLLEFFERRO

Il suddetto turno verrà attribuito 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 17.05.2023 tramite e-mail al seguente 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/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 da assegnare per un totale di n. 24 settimanali nel Distretto Sanitario di COLLEFFERRO per *Integrazione attività vaccinale Covid* sono le seguenti:

- Lunedì : Ambulatorio p.m. Colleferro 14:00/17:30 Ambulatorio p.m. 2 Colleferro 14:00/17:30
- Martedì : Ambulatorio a.m. 3 Colleferro 9:00/12:30
- Mercoledì : Ambulatorio a.m. 2 Colleferro 9:00/12:00, Ambulatorio p.m. 1 Colleferro 14:00/17:30
  - Ambulatorio p.m 2 Colleferro 14:00/17:30
- Venerdì : Ambulatorio a.m.3 9:00/12:30

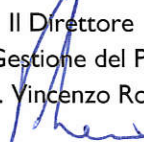
Decorrenza 01/06/2023

La domanda redatta secondo lo schema allegato, il medico interessato dovrà indicare i turni in ordine di preferenza 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. I suddetti turni verranno attribuiti, 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



ALLA ASL ROMA 5  
UOC GESTIONE DEL PERSONALE  
VIA ACQUAREGNA, 1-15  
00019 TIVOLI RM

Email:personale.convenzione@aslroma5.it

**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