

UOC Gestione del Personale

Prot. \_\_\_\_\_

**AVVISO INTERNO  
PER LA COPERTURA DI N. 20 ORE SETTIMANALI NELLA MEDICINA  
SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA  
BRANCA PSICHIATRIA  
CSM -DISTRETTO SANITARIO MONTEROTONDO**

Vista la deliberazione n. 1105 del 12.06.2023 avente per oggetto "Cessazione incarico convenzionale a tempo indeterminato Dr.ssa Iliana Bona. medico specialista ambulatoriale a tempo indeterminato, branca psichiatria, svolto per n.20 ore settimanali presso il CSM del Distretto Sanitario di Monterotondo a far data dal 01.08.2023 (ultimo giorno lavorativo 31.07.2023)".

Considerato che il Direttore del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche con nota prot. 1316 del 12/07/2023 trasmessa in data 21/07/2023 e comunicazione del Dipartimento di che trattasi inviata il 29/08/2023 ha chiesto la pubblicazione delle suddette ore.

Preso atto del parere favorevole espresso dalla Direzione Sanitaria Aziendale in data 30/08/2023 alla suddetta richiesta 1316/2023 trasmessa il 21/07/2023.

Rappresentata l'urgenza, 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 interno per la copertura di n. 20 ore settimanali nella specialistica ambulatoriale convenzionata - branca PSICHIATRIA.

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 al turno in oggetto del presente Avviso devono far pervenire la domanda entro e non oltre il 13-09-2023 con nota indirizzata alla Azienda Sanitaria Locale Roma 5 – U.O.C. Gestione del Personale – Via Acquaregna, 1/15 – 00019 Tivoli (RM), a mezzo e-mail 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 Dipartimento Salute mentale e D.P. alla eventuale modifica dell'orario, pena esclusione. Le n. 20 ore da assegnare, così come richiesto dal Direttore del Dipartimento Salute Mentale e D.P. con nota prot. n. 1316/2023 trasmessa il 21/07/2023 sono le seguenti :

**n. 20 ore settimanali, branca psichiatria, Sede CSM di Monterotondo:**

**n. 1 turno per n. 10 ore settimanali con la seguente articolazione oraria**

- Lunedì dalle ore 14.00 alle ore 16.00 ( n. 2 ore)
- Martedì dalle ore 12.00 alle ore 14.00 ( n. 2 ore)
- Mercoledì dalle ore 14.00 alle ore 20.00 ( n. 6 ore)-**Le ore del mercoledì (14.00-20.00) da svolgersi il terzo sabato del mese con orario 8.00 -14.00**, a rotazione insieme agli altri Dirigenti psichiatri dello stesso Presidio, o in alternativa in altro sabato del mese previo assenso dello specialista.

**n. 1 turno per n. 10 ore settimanali con la seguente articolazione oraria**

- venerdì dalle ore 10.00 alle ore 20.00  
**Le ore del venerdì da svolgersi il primo sabato del mese con orario 8.00-14.00 ( 6 ore), a rotazione insieme agli altri Dirigenti psichiatri dello stesso Presidio, o in alternativa in altro sabato del mese previo assenso dello specialista e le n. 4 ore settimanali da svolgersi il venerdì dalle ore 10.00 alle ore 14.00**

**Decorrenza 01.10.2023**

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.

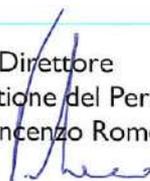
Il suddetto turno verrà attribuito, tra tutte le domande ammissibili pervenute nei termini di cui sopra, in base ai seguenti criteri indicati nell'art. 20 c. 1 dell'ACN vigente:

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

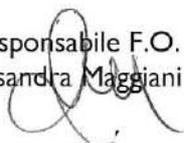
Si fa infine presente che il comma 2 dell'art. 20 dell'ACN vigente prevede che *"allo specialista ambulatoriale che rinunci al completamento di cui al comma 1 è preclusa la possibilità di partecipare alla assegnazione di incarichi nella stessa Azienda per due turni di pubblicazione e di percepire l'indennità 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



Il Responsabile F.O. Personale a Convenzione  
Alessandra Maggiani



**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: \_\_\_\_\_