

UOC Gestione del Personale  
Personale a convenzione

Prot. n. Tivoli,

Ai Direttori dei Distretti Sanitari

Al Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e  
delle Dipendenze Patologiche

Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione

E, p.c. Al Direttore Amministrativo

Al Direttore Sanitario Aziendale F.F.

Al Direttore UOC Bilancio e Contabilità

**Oggetto: Indennità di disponibilità - art. 45 ACN per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie del 31/03/2020 e s.m.i.**

L'art. 45 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie del 31/03/2020 ha istituito l'indennità di disponibilità del rapporto convenzionale per gli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti (biologi, chimici, psicologi), spettante ai soli titolari di incarico a tempo indeterminato di almeno n. 12 ore settimanali instaurato con una o più Aziende, che nell'anno solare non svolgano attività libero professionale, fatto salvo l'esercizio della libera professione intra-moenia per prestazioni concordate così come previsto dall'art. 42 del medesimo ACN.

L'indennità è corrisposta mensilmente, quale emolumento aggiuntivo alla quota oraria e l'erogazione agli aventi diritto è subordinata alla presentazione, entro il 15 gennaio di ogni anno presso ciascuna Azienda in cui è instaurato l'incarico, di una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'esclusività del rapporto di lavoro.

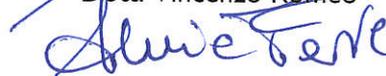
La Regione Lazio determina la quota oraria da assegnare alle Aziende, sulla base di un fondo annuo regionale.

Il medesimo articolo, al comma 8 prevede che il venir meno dell'orario o la mancata accettazione del completamento orario, di cui all'art. 20, comma 2, comporta l'immediata revoca al diritto di percepire l'indennità di disponibilità e la restituzione di quanto corrisposto nell'anno e al comma 9 prevede, che tale indennità non spetti agli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti con riduzione dell'orario, ai sensi dell'art. 31 comma 5, o che fruiscono dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP).

Per quanto sopra esposto, si trasmette in allegato il fac simile della dichiarazione suddetta, che gli interessati possono utilizzare e si invitano le SS.LL. a darne la massima diffusione.

Rimanendo a disposizione per eventuali chiarimenti si porgono cordiali saluti.

Il Direttore  
UOC Gestione del Personale  
Dott. Vincenzo Romeo



Il Responsabile F.O. Personale a Convenzione  
Dott.ssa Alessandra Maggiani

Il Responsabile del Procedimento  
Dott.ssa Giulia Ippolito

Corresponsione "Indennità di disponibilità" anno 2024 ex Art. 45 ACN del 31/03/2020 e, s.m.i. per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali

### Dichiarazione sostitutiva di atto notorio

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 )

Il/la Sottoscritto/ \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

avvalendosi delle disposizioni di cui all'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali e decadenze previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità di atti e dichiarazioni non veritiere, sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

- Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di:

specialistica ambulatoriale       veterinaria       altre professionalità

per:

n. ore settimanali \_\_\_\_\_ presso Azienda/Ente \_\_\_\_\_

- Di non svolgere attività libero professionale, (fatto salvo quanto previsto all'art. 42 ACN 31/03/2020 e,s.m.i.) nel corso dell'anno 2024 nel rispetto delle previsioni normative dell'art. 45.

**Si impegna** a comunicare tempestivamente ogni variazione a quanto sopra dichiarato.

**Autorizza** ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e smi il trattamento dei dati personali

**Allega** copia non autenticata di documento di identità valido

Luogo, data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante  
(per esteso e leggibile)