

UOC Gestione del Personale

AVVISO INTERNO  
PER LA COPERTURA DI N. 8 ORE SETTIMANALI NELLA MEDICINA  
SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA  
BRANCA CARDIOLOGIA  
DISTRETTO SANITARIO MONTEROTONDO

Premesso che il Direttore del Distretto Sanitario di Monterotondo, con nota prot. n. 227 del 14.03.2024, ha chiesto la pubblicazione di n. 8 ore settimanali di incarico nella specialistica ambulatoriale – branca cardiologia - con impegno in ecocardiografia, da svolgere nel medesimo Distretto, per cessazione dell'incarico del titolare (deliberazione n. 227 del 20.03.2024);

Preso atto del parere favorevole espresso dalla Direzione Sanitaria Aziendale, in data 19.03.2024, a quanto richiesto dal Direttore Sanitario di Monterotondo con la citata nota n. 227/2024;

In applicazione dell'art. 20 del vigente ACN per la specialistica ambulatoriale, la veterinaria ed altre professionalità sanitarie, è indetto un Avviso interno per la copertura di n. 8 ore settimanali nella specialistica ambulatoriale convenzionata - branca CARDIOLOGIA.

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 e i medici titolari di incarico a tempo indeterminato a 38 ore settimanali suddivise in più aziende, ai sensi del comma 3 dell'articolo 20 ACN/2024.

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 30-04-2024 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 Distretto alla eventuale modifica dell'orario, pena esclusione.

Le n. 8 ore da assegnare, branca CARDIOLOGIA, da svolgersi nel Distretto Sanitario di Monterotondo sono le seguenti:

**Distretto Sanitario di Monterotondo – sede Mentana**

**Martedì dalle ore 8.00 alle ore 16.00 con impegno in ecocardiografia**

**Decorrenza 01.06.2024**

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 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 5 dell'art. 20 dell'ACN vigente prevede che “allo specialista ambulatoriale che rinunci al completamento di cui al comma 2 è preclusa la possibilità di partecipare alla assegnazione di incarichi nella stessa Azienda per due turni successivi di pubblicazione secondo le cadenze di cui l'art. 21 comma 1 e di percepire l'indennità di cui all'Art. 45 fino all'accettazione di ampliamento orario.....omissis”

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

Il Responsabile del Procedimento  
Sig.ra Daniela Puccetti

Asl Roma 5  
Via Acquaregna 1/15  
00019 Tivoli  
t +39.0774.317711  
[www.aslroma5.it](http://www.aslroma5.it)  
p.iva 04733471009

ASL Roma 5 - Protocollo n° 16224 del 16-4-2024

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 ACN/2020 e s.m.i..

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 incarico 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 dà il proprio assenso al trattamento dei dati personali, che verranno utilizzati per i fini connessi all'espletamento della presente procedura selettiva

Data \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_