

U.O.C. GESTIONE DEL PERSONALE

N°

Tivoli

.....

AVVISO INTERNO
DISPONIBILITA' EVENTUALE ASSEGNAZIONE DI N. 33 ORE SETTIMANALI
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA
BRANCA ORTOPEDIA
DISTRETTO SANITARIO DI MONTEROTONDO

Premesso che il Distretto Sanitario di Monterotondo in data 10.11.2023 ha trasmesso la richiesta di mantenimento in servizio presentata, in data 06.11.2023 ai sensi della legge n. 14/2023, dal titolare dell'incarico a tempo indeterminato per n. 33 ore settimanali, branca ortopedia, svolto nel medesimo Distretto con apposto in calce il nulla osta del Direttore del Distretto citato.

Preso atto del nulla osta del Direttore Sanitario f.f. alla suddetta richiesta, in funzione del parere già espresso dal Direttore del Distretto Sanitario di Monterotondo, comunicato in data 14.06.2024.

Vista la norma transitoria n. 2 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali del 04.04.2024 relativa al trattenimento in servizio a richiesta degli interessati in relazione all'assenza di offerta di specialisti disponibili.

Visto l'art. 20 dell'A.C.N. per disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatori interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali del 04.04.2024, è indetto un Avviso per la disponibilità all'assegnazione di n. 33 ore settimanali nella specialistica ambulatoriale convenzionata – branca ORTOPEDIA.

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 del citato articolo.

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 09.10.2024 con nota indirizzata alla Azienda Sanitaria Locale Roma 5 – U.O.C. Gestione del Personale – Via Acquaregna, 1/15 – 00019 Tivoli (RM), a mezzo 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/superamento del massimale orario consentito con il turno scelto, l'interessato deve allegare alla domanda di partecipazione il nulla osta del Direttore del Distretto alla eventuale modifica dell'orario e/o la richiesta di rimodulazione o riduzione dell'orario dell'incarico o cessazione dello stesso presso altra Azienda, pena esclusione.

Il turno per n. 33 ore settimanali, branca ORTOPEDIA, da svolgersi nel Distretto Sanitario di MONTEROTONDO – ha la seguente articolazione oraria:

lunedì ore 9.00-14.00 e 14.30-18.30	(9.00-14.00 poliambulatorio Monterotondo; 14.30-18.30 C.A.D. Monterotondo)
martedì ore 8.00-15.00	(8.00-13.00 poliambulatorio Monterotondo; 13.00-15.00 C.A.D. Monterotondo)
mercoledì ore 8.00-13.00 e 13.30-18.30	(8.00-13.00 poliambulatorio Monterotondo; 13.30-18.30 Mentana)
giovedì ore 8.00-15.00	(8.00-13.00 poliambulatorio Monterotondo; 13.00-15.00 C.A.D. Monterotondo)

Decorrenza : novembre 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 presso questa Azienda 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 nell'ASL Roma 5;
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

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 del procedimento
Alessandra Maggiani



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 s.m.i., 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/esclusione) 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) _____
n. _____ ore settimanali svolte presso il Distretto di _____ (indicare articolazione oraria) _____
3. di essere titolare dei seguenti ulteriori incarichi 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 a tempo indeterminato presso la ASL ROMA 5 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: _____