

U.O.C. GESTIONE DEL PERSONALE

N°

Tivoli

**AVVISO INTERNO
PER LA COPERTURA DI TURNO VACANTE
NELLA MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI N. 4 ORE SETTIMANALI
DISTRETTO SANITARIO DI TIVOLI**

In esecuzione della deliberazione n. 1455 del 28.11.2024

In applicazione dell'art. 50 dell'ACN MMG del 04/04/2024 è indetto un Avviso interno per la copertura di turno vacante di medicina dei servizi territoriale Distretto Sanitario di TIVOLI

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 19.12.2024 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/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 vacante di medicina dei servizi territoriali –per un totale di n. 4 ore settimanali nel Distretto Sanitario di TIVOLI è il seguente:

-venerdì dalle ore 8.30 alle ore 12.30 da svolgere "per le attività della UOS Cure Primarie nell'ufficio del P.U.A. (punto unico di accesso);

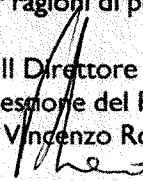
Decorrenza 16/01/2025

La domanda redatta secondo lo schema allegato, il medico interessato dovrà indicare l'orario 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 _____,
pec _____, 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 in caso di assegnazione
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:
 - ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (Medicina di Base) presso ASL con n° di scelte
 - ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (Continuità Assistenziale) presso ASLincarico 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 _____