AVVISO INTERNO
PER LA COPERTURA DI N. 4 ORE SETTIMANALI
NELLA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA
BRANCA GERIATRIA
DISTRETTO SANITARIO TIVOLI

Premesso che con nota prot. n. 0215151 del 05.11.2024 il Comitato Zonale di Roma e Provincia, espletate le procedure dell'art. 21 ACN del 04.04.2024, ha comunicato la mancata assegnazione del turno vacante per n. 4 ore di specialistica ambulatoriale, branca geriatria - attività *"visite specialistiche e test di valutazione I.C."* da svolgere nel Distretto Sanitario di Tivoli, pubblicate all'Albo del Comitato Zonale di Roma e Provincia in data 01.06.2024;
Atteso che con email del 25.11.2024 il Direttore del Distretto Sanitario di Subiaco, ha richiesto la pubblicazione delle suddette ore indicandone la modalità di svolgimento;
Preso atto del parere favorevole del Direttore Sanitario Aziendale f.f. del 30.12.2024;
E' indetto un Avviso per la copertura di n. 4 ore settimanali nella specialistica ambulatoriale convenzionata - branca GERIATRIA - attività *"visite specialistiche e test di valutazione I.C"*;
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 incarico settimanale, vale a dire i medici che, fra tutti gli incarichi di specialistica ambulatoriale convenzionata ricoperti, ancorchè 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 dell'art. 20 ACN/2020 e s.m.i.;
Resta inteso che l'acquisizione delle ore aggiuntive non potrà avvenire rinunciando contestualmente ad altro incarico presso ASL Roma5.
I medici interessati ai turni in oggetto del presente avviso devono far pervenire la domanda entro e non oltre il 14.01.2025 con nota indirizzata all' Azienda Sanitaria Locale Roma 5- U.O.C Gestione del Personale – Via Acquaregna, 1/15 - 00019 Tivoli (Roma), a mezzo email all'indirizzo personale.convenzione@aslroma5.it *riportando espressamente nell'oggetto della e-mail 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.
Le n. 4 ore settimanali da assegnare branca geriatria da svolgersi nel Distretto Sanitario di TIVOLI, attività *"visite specialistiche e test di valutazione I.C"*, sono le seguenti:

- venerdì dalle ore 14.00 alle ore 18.00 (4 ore)

Decorrenza 01/02/2025

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 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/2020 e s.m.i. 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

Il Responsabile del procedimento
Dania Puccetti

ASL Roma 5 - Protocollo n° 55186 del 30-12-2024

Fac simile domanda

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/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: _____