

**AVVISO INTERNO  
PER LA COPERTURA DI N. 13 ORE E 30 MINUTI SETTIMANALI  
NELLA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA  
BRANCA OCULISTICA  
DISTRETTO SANITARIO SUBIACO**

Premesso che in esecuzione della deliberazione n. 1453 del 28.11.2024 è stato pubblicato l'Avviso interno n. 51402 del 02.12.2024 per l'assegnazione di n. 13 ore e 30 minuti nell'attività specialistica di oculistica, con esito negativo alla scadenza. Considerato che con nota prot. n. 959/DS del 18.12.2024, il Direttore sostituto del Distretto Sanitario di Subiaco ha chiesto la ripubblicazione delle suddette ore modificandone le modalità di svolgimento.

Preso atto del parere favorevole del Direttore Sanitario Aziendale f.f. del 30.12.2024 alla citata richiesta prot. n. 959/DS/2024; E' indetto un Avviso per la copertura di n. 13 ore e 30 minuti settimanali nella specialistica ambulatoriale convenzionata - branca OCULISTICA ai sensi dell'art. 20 dell'ACN/2020 e s.m.i.;

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, 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 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](mailto: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. 13 ore e 30 minuti settimanali da assegnare branca oculistica da svolgersi nel Distretto Sanitario di SUBIACO sono le seguenti:

- Lunedì dalle ore 8.00 alle ore 15.00 ( 7 ore) presso il Presidio Sanitario di Olevano Romano
- Martedì dalle ore 8.00 alle ore 14.30 ( 6 ore e 30 minuti) presso il Presidio di Olevano Romano

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.

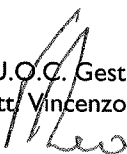
Il suddetto turno verrà attribuito, tra tutte le domande ammissibili pervenute nei termini di cui sopra, in base ai seguenti criteri indicati nell'art. 20 c. 1 dell'ACN vigente:

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 Piccetti

**Asl Roma 5**

Via Acquaregna 1/15  
00019 Tivoli

[www.aslroma5.it](http://www.aslroma5.it)  
p.iva 04733471009

**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: \_\_\_\_\_