

ASL
ROMA 5

U.O.C. GESTIONE DEL PERSONALE

REGIONE
LAZIO

AVVISO INTERNO
PER LA COPERTURA DI N. 11 ORE SETTIMANALI
NELLA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA
BRANCA RADIOLOGIA
DISTRETTO SANITARIO TIVOLI

Premesso che con nota prot. n. 0253306 del 31.12.2024 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. 11 ore di specialistica ambulatoriale, branca radiologia - attività "diagnostica ecografica capo e collo, eco linfonodi, eco epatica e vie biliari, eco milza, eco vescicale prostatica (sovrappubica), eco collo per linfonodi, eco addome parziale superiore, eco addome parziale inferiore, eco linfonodi addominali e eco addome completo" da svolgere nel Distretto Sanitario di Tivoli, pubblicato all'Albo del citato Comitato in data 02.09.2024;

Atteso che con nota prot. n. 815 del 20.11.2024 e successiva email del 18.02.2025, il Direttore del Distretto Sanitario di Tivoli, ha richiesto la pubblicazione delle suddette ore indicandone la modalità di svolgimento;

Preso atto del parere favorevole del Direttore Sanitario Aziendale f.f. del 18.02.2025;

E' indetto un Avviso per la copertura delle suddette n. 11 ore settimanali nella specialistica ambulatoriale convenzionata - branca radiologia;

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 al turno in oggetto del presente avviso devono far pervenire la domanda entro e non oltre il 02/03/2025 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@pec.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. 11 ore settimanali da assegnare, branca radiologia, da svolgersi nel Distretto Sanitario di TIVOLI - attività "diagnostica ecografica capo e collo, eco linfonodi, eco epatica e vie biliari, eco milza, eco vescicale prostatica (sovrappubica), eco collo per linfonodi, eco addome parziale superiore, eco addome parziale inferiore, eco linfonodi addominali e eco addome completo", sono le seguenti:

- mercoledì dalle ore 08.00 alle ore 13.30 e dalle ore 14.00 alle ore 19.30 (11 ore)

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 tratti 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

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 Pucetti

Asl Roma 5

Via Acquaregna 1/15
00019 Tivoli

www.aslroma5.it
p.iva 04733471009

personale.convenzione@pec.aslroma5.it

OGGETTO: domanda di partecipazione all'Avviso interno per la copertura di ore vacanti di specialistica ambulatoriale a convenzione – aumento orario- **BRANCA** _____, ai sensi dell'art. 20 ACN/2020 e s.m.i..

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato/a a _____ il
_____ e residente in _____ Via _____
cell. _____, in risposta all'Avviso n. _____ del _____

CHIEDE

Di partecipare al suddetto Avviso, dichiarandosi disponibile all'assegnazione delle seguenti ore ivi indicate

- per n. _____ ore settimanali presso il Distretto sanitario/Dipartimento – sede di _____ da svolgersi il *(indicare articolazione oraria)* _____.
- per n. _____ ore settimanali 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)* _____
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 di _____

Allega:

- ☐ Autorizzazione del Direttore alla modifica dell'orario in caso di sovrapposizione
- ☐ Dichiarazione rimodulazione/riduzione orario /cessazione presso altre Aziende

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: _____