

**AVVISO INTERNO**  
**PER LA COPERTURA DI N. 6 ORE SETTIMANALI**  
**NELLA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA**  
**BRANCA OCULISTICA**  
**DISTRETTO SANITARIO DI SUBIACO**

Premesso che con nota prot. n. 0002598/2025 del 08.01.2025 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. 6 ore di specialistica ambulatoriale, branca oculistica da svolgere nel Distretto Sanitario di Subiaco presso il Presidio di Arsoli, pubblicate all'Albo del Comitato Zonale di Roma e Provincia in data 02.09.2024;

Atteso che in data 13.03.2025, il Direttore Sostituto del Distretto Sanitario di Subiaco, ha richiesto la pubblicazione delle suddette ore indicandone la modalità di svolgimento;

Preso atto del parere favorevole della Direzione Sanitaria Aziendale del 17.03.2025;

E' indetto un Avviso per la copertura di n. 6 ore settimanali nella specialistica ambulatoriale convenzionata - branca OCULISTICA, ai sensi dell'art. 20 comma 2 del citato ACN;

Possano 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;

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 06-04-2025 con nota indirizzata all' Azienda Sanitaria Locale Roma 5- U.O.C Gestione del Personale – all'indirizzo PEC: [personale.convenzione@pec.aslroma5.it](mailto:personale.convenzione@pec.aslroma5.it) riportando espressamente nell'oggetto della pec 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.

Le n. 6 ore settimanali da assegnare branca oculistica da svolgersi nel Distretto Sanitario di SUBIACO presso il Presidio di Arsoli, sono le seguenti:

- mercoledì dalle ore 09.00 alle ore 15.00 (6 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 trattenuti con questa o altre ASL.

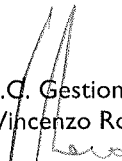
Il suddetto turno verrà attribuito, tra tutte le domande ammissibili pervenute nei termini di cui sopra, in base ai seguenti criteri indicati nell'art. 20 c. 2 dell'ACN vigente:

1. Maggiore anzianità di incarico presso la Asl RM5
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 5 dell'art. 20 del suddetto ACN prevede che *“allo specialista ambulatoriale, veterinario o professionista che rinunci al completamento di cui al comma 2, offerto nell'ambito in cui opera, è preclusa la possibilità di partecipare alla assegnazione di incarichi nella stessa Azienda per due turni successivi di pubblicazione, secondo le cadenze di cui all'art. 21 comma 1, e di percepire l'indennità di cui all'articolo 45 fino all'accettazione di ampliamento orario o ad una assegnazione ai sensi dell'articolo 21...omissis...”*.

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



**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/2024..

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