

DIREZIONE SANITARIA

**AVVISO INTERNO  
RIVOLTO AI DIRIGENTI MEDICI  
PER PRESTAZIONI NELLA UOSD AREA MEDICA  
PRESIDIO OSPEDALIERO DI SUBIACO**

Premessa la grave carenze di personale medico in servizio presso la UOSD Area Medica del Presidio Ospedaliero di Subiaco che rischia di determinare l'interruzione della continuità assistenziale;

Ravvisata la necessità di adottare iniziative straordinarie al fine di garantire un pubblico servizio sanitario;

Visto l'art. 89, comma 3 e comma 6 lett. d) del CCNL dell'Area Sanità - triennio 2019-2021, sottoscritto il 23.01.2024;

Richiamata la deliberazione n. 1911 del 25.10.2023 con la quale è stato adottato il Regolamento per l'effettuazione delle prestazioni aggiuntive per il personale della ASL Roma 5;

E' INDETTO

Avviso interno rivolto ai Dirigenti medici inquadrati nella disciplina di medicina interna/ discipline equipollenti/discipline affini (allegato 1) che svolgono attività in intramoenia, per l'erogazione di prestazioni aggiuntive, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, allo scopo garantire l'attività assistenziale presso la UOSD Area Medica del P.O. di Subiaco.

Per ogni ora di attività prestata verrà corrisposto l'importo di € 80,00 lordi.

I medici interessati devono presentare istanza, come da fac simile allegato (allegato 2 ), **entro e non oltre il 30 MAR. 2025**, tramite e-mail al seguente indirizzo **[direzione.sanitaria@aslroma5.it](mailto:direzione.sanitaria@aslroma5.it)**

L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, integrare, 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.

Tivoli, 19 MAR. 2025

Il Direttore Amministrativo

Dott. Filippo Coiro



Il Direttore Sanitario f.f.

Dott. Franco Cortellessa



Il Direttore Generale

Dott. ssa Silvia Cavalli



## 13. MEDICINA INTERNA (NON MEDICINA GENERALE, CHIRURGIA MEDICA)

**Servizi e scuole equipollenti**

Allergologia ed immunologia clinica  
 Clinica medica  
 Clinica medica generale e terapia medica  
 Fisiopatologia medica  
 Geriatria e/o gerontologia  
 Medicina generale  
 Metodologia clinica  
 Patologia speciale medica e metodologia clinica  
 Reumatologia  
 Semiotica funzionale e strumentale medica  
 Semiotica medica  
 Terapia medica sistematica

**Discipline affini**

Allergologia ed Immunologia Clinica ed equipollenti  
 Angiologia ed equipollenti  
 Cardiologia ed equipollenti  
 Ematologia ed equipollenti  
 Endocrinologia ed equipollenti  
 Gastroenterologia ed equipollenti

---

Genetica Medica ed equipollenti  
 Malattie Metaboliche e Diabetologia ed equipollenti  
 Malattie dell'Apparato Respiratorio ed equipollenti  
 Malattie Infettive ed equipollenti  
 Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza ed equipollenti  
 Medicina dello Sport ed equipollenti  
 Nefrologia ed equipollenti  
 Neurologia  
 Oncologia ed equipollenti  
 Reumatologia ed equipollenti  
 Scienza dell'Alimentazione e Dietetica ed equipollenti

Il sottoscritto/a (*cognome e nome*) \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_  
 cellulare \_\_\_\_\_ indirizzo email \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di partecipare all'Avviso interno per l'erogazione di prestazioni aggiuntive presso la UOSD Area Medica del P.O. di Subiaco.

Allo scopo, il sottoscritto, sotto la propria responsabilità con valore di dichiarazione sostitutiva in materia di documentazione amministrativa, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 455/2000 e s.m.i. e consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 DPR n. 455/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione e/o di utilizzo di atti falsi,

### DICHIARA

- di essere nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso dei seguenti requisiti prescritti dall'Avviso:
- essere dipendente della ASL Roma 5 inquadrato nel profilo di Dirigente medico - disciplina \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- di essere attualmente in servizio presso (*indicare l'esatta denominazione della struttura/servizio e Macrostruttura di appartenenza*): \_\_\_\_\_;
- di esprimere il proprio assenso per le finalità inerenti alla gestione del presente Avviso, all'utilizzo dei dati personali forniti, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003;
- di prendere atto che i dati forniti saranno utilizzati ai fini previsti dal D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i. "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte della PA";

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_