

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

Premesso che in esecuzione della deliberazione n. 556 del 31.03.2025 è stato pubblicato l'Avviso interno prot. n. 13253 del 03.04.2025, ai sensi dell'art. 20 del vigente A.C.N. di specialistica ambulatoriale, per n. 4 ore settimanali, branca otorinolaringoiatria, da svolgersi nel Distretto Sanitario di Tivoli, con esito negativo alla scadenza del termine di presentazione delle disponibilità.

Considerato che, con nota prot. n. 289 del 18.04.2025, il Direttore del Distretto Sanitario di Tivoli, ha chiesto una nuova pubblicazione delle suddette ore indicando una diversa modalità oraria di svolgimento;

Preso atto del nulla osta della Direzione Sanitaria Aziendale, alla citata richiesta prot. n. 289/2025, espresso in data 28.04.2025; In applicazione dell'art. 20 comma 2 dell'A.C.N. per disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatori interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali del 04.04.2024, è indetto un Avviso per la copertura di n. 4 ore settimanali nella Specialistica ambulatoriale convenzionata – branca OTORINOLARINGOIATRIA.

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 orario 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 del comma 3 del citato articolo.

Resta inteso che l'acquisizione delle ore aggiuntive non potrà avvenire rinunciando contestualmente ad altro incarico presso ASL Roma 5

I medici interessati al turno in oggetto del presente Avviso devono far pervenire la domanda entro e non oltre il 09-05-2025 con nota indirizzata alla Azienda Sanitaria Locale Roma 5 – U.O.C. Gestione del Personale all'indirizzo PEC : personale.convenzione@pec.aslroma5.it riportando espressamente nell'oggetto della PEC il numero 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 dichiarazione di rimodulazione e/o riduzione dell'orario dell'incarico o eventuale cessazione dello stesso presso altra Azienda.

Il turno per n. 4 ore settimanali da assegnare, branca OTORINOLARINGOIATRIA, da svolgersi nel Distretto Sanitario di TIVOLI è il seguente:

- martedì dalle ore 14.00 alle ore 18.00

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 dell'ACN vigente:

1. Maggiore anzianità di incarico nell'ASL Roma 5;
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 l'art. 20 comma 5 dell' ACN vigente prevede che "allo specialista ambulatoriale che rinunci al completamento di cui al comma 2, offerto nell'ambito provinciale 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'art. 45...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



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 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) _____
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: _____