

ASL  
ROMA 5U.O.C. GESTIONE DEL PERSONALE  
Personale a Convenzione

AVVISO INTERNO  
PER LA COPERTURA DI N. 5 ORE SETTIMANALI  
NELLA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA  
BRANCA NEUROLOGIA  
DISTRETTO SANITARIO MONTEROTONDO

Atteso che con nota prot. n. 595 del 15.09.2025 il Direttore del Distretto Sanitario di Monterotondo ha richiesto, la pubblicazione di n. 5 ore settimanali di specialistica ambulatoriale – branca neurologia da svolgere nel medesimo Distretto presso il poliambulatorio di Monterotondo, in esecuzione della deliberazione n. 1497 del 18.08.2025;

Preso atto del nulla osta della Direzione Sanitaria Aziendale comunicato in data 17.09.2025 alla suddetta richiesta;

In applicazione dell'art. 20 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali del 04.04.2024, è indetto un avviso per la copertura di n. 5 ore settimanali nella specialistica ambulatoriale convenzionata – branca NEUROLOGIA.

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;

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 11-10-2025 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. 5 ore settimanali da assegnare branca neurologia, da svolgersi nel Distretto Sanitario di Monterotondo, presso il Poliambulatorio di Monterotondo, sono le seguenti:

- lunedì dalle ore 13.00 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.

I suddetti turni verranno attribuiti, 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 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....”*.

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

ASL Roma 5  
Via Acquaregna, 1-15  
00019 Tivoli (RM)

t +39.0774.3161  
www.aslroma5.it  
p.iva 04733471009

REGIONE  
LAZIO

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 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 incarico 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 rapporti 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 presso la ASL ROMA5 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: \_\_\_\_\_