

ASL
ROMA 5REGIONE
LAZIO

U.O.C. GESTIONE DEL PERSONALE

Personale a Convenzione

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

Premesso che a seguito dell'esito negativo dell'avviso interno n. 7813 del 27.02.2025 è stato ripubblicato, dal Comitato Zonale di Roma e Provincia in data 01.06.2025, un turno vacante di n. 4 ore settimanali di specialistica ambulatoriale – branca neurologia, da svolgere nel Distretto Sanitario di Monterotondo presso il poliambulatorio di Mentana;

Considerato che con nota prot. n. 0189973 del 29.09.2025 il Comitato Zonale di Roma e Provincia, espletate le procedure dell'art. 21 ACN del 04.04.2024, ha comunicato la mancata assegnazione del succitato turno;

Atteso che con nota prot. n. 591 del 13.10.2025 il Direttore del Distretto Sanitario di Monterotondo, ha richiesto la pubblicazione delle ore di che trattasi, indicandone la modalità di svolgimento;

Preso atto del parere favorevole della Direzione Sanitaria Aziendale del 17.10.2025 alla suddetta richiesta prot.n. 591/2025;

E' indetto un Avviso per la copertura di n. 4 ore settimanali nella specialistica ambulatoriale convenzionata - branca neurologia, ai sensi dell'art. 20 del citato ACN;

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;

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 **02-11-2025** con nota indirizzata all' 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 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. 4 ore settimanali da assegnare branca neurologia, da svolgersi nel Distretto Sanitario di Monterotondo presso il poliambulatorio di Mentana sono le seguenti:

- lunedì dalle ore 09.00 alle ore 13.00 (4 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 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

Il Responsabile U.O.C. Personale a Convenzione
Alessandro Maggiani

Il Responsabile del procedimento
Dania Puccetti

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/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 eventuale modifica dell'orario in caso di sovrapposizione
☐ Dichiarazione eventuale/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: _____