

AVVISO INTERNO
PER LA COPERTURA DI N. 4 ORE e 30 MINUTI SETTIMANALI
NELLA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA
BRANCA ENDOCRINOLOGIA
DISTRETTO SANITARIO COLLEFERRO

Premesso che si sono rese vacanti n. 4 ore e 30, nell'attività specialistica ambulatoriale di endocrinologia, disponibili a decorrere dal 04.02.2026, a seguito della riduzione delle ore settimanali da parte di un medico titolare di incarico, svolto nel Distretto Sanitario di Colferro;

Considerato che per quanto sopra, il Direttore del Distretto Sanitario di Colferro con nota prot. 48721 del 10.12.2025, ha richiesto la pubblicazione di un turno per le suddette ore indicando la modalità di svolgimento.

Preso atto del parere favorevole della Direzione Sanitaria Aziendale, espresso in data 05.01.2026, alla citata richiesta prot. n. 48721/2025;

Ai sensi dell'art. 20 comma 1 del vigente A.C.N. per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatori interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali, è indetto un Avviso per la copertura di n. 4 ore e 30 minuti settimanali nella specialistica ambulatoriale convenzionata - branca endocrinologia - da svolgere nel Distretto Sanitario di Colferro presso la sede del Poliambulatorio sito in Via degli Esplosivi 9/A, disponibili a decorrere dal 04.02.2026;

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, ai sensi dell'art. 20 ACN/2024; 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 14-02-2026 con nota indirizzata all'Azienda Sanitaria Locale Roma 5- U.O.C Gestione del Personale - Via Acquaregna, 1/15 - 00019 Tivoli (Roma), a mezzo email all'indirizzo personale.convenzione@pec.aslroma5.it riportando espressamente nell'oggetto della e-mail 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.

Il turno per n. 4 ore e 30 minuti settimanali da assegnare branca ENDOCRINOLOGIA, da svolgersi nel Distretto Sanitario di Colferro presso la sede del Poliambulatorio sito in Via degli Esplosivi 9/A, sono le seguenti:

- sabato dalle ore 08.30 alle ore 13.00 (4 ore e 30 minuti)

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'A.C.N. vigente:

1. Maggiore anzianità di incarico
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 F.O. Personale a Convenzione
Alessandra Maggiani

Il Responsabile del Procedimento
Dania Rocchetti

Asl Roma 5
Via Acquaregna 1/15
00019 Tivoli
www.aslroma5.it
p.iva 04733471009

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 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: _____