

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

Premesso che, nel Distretto Sanitario di Tivoli, a seguito della cessazione del titolare d'incarico a tempo indeterminato (delibera n. 1830 del 08.10.2025), si è reso disponibile un turno di n. 4 ore settimanali nella branca specialistica di Neuropsichiatria Infantile;

Considerato che per quanto sopra, ai sensi dell'art. 20 dell' A.C.N. per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e al tre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi), è stato indetto l'Avviso interno n. 48799 del 11/12/2025 con esito negativo alla scadenza dei termini;

Atteso che con nota prot. n. 51 del 02.01.2026, il Direttore del Distretto Sanitario di Tivoli in accordo con il Direttore Dipartimento integrato di Salute Mentale, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e delle Dipendenze Patologiche, hanno richiesto la pubblicazione delle ore di che trattasi, indicandone la modalità di svolgimento;

Preso atto del parere favorevole della Direzione Sanitaria Aziendale espresso in data 16.01.2026;

E' indetto, ai sensi dell'art. 20 del citato ACN, un Avviso per la copertura di n. 4 ore settimanali nell'attività specialistica ambulatoriale convenzionata di Neuropsichiatria Infantile;

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 Roma 5.

I medici interessati al turno in oggetto del presente avviso devono far pervenire la domanda entro e non oltre il 11.02.2026 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 nell'attività specialistica di Neuropsichiatria Infantile, da svolgere nel Distretto Sanitario di Tivoli, sono le seguenti:

- venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 (4 ore) – ambulatorio - U.V.M.D. Disabili;

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 F.O. Personale a Convenzione
Dott.ssa Alessandra Maggiani

pag. 1/1



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: _____