

AVVISO INTERNO
PER EVENTUALE COPERTURA DI N. 36 ORE SETTIMANALI
NELLA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA
BRANCA MEDICINA LEGALE
DISTRETTI SANITARI COLLEFERRO E TIVOLI

Premesso che in data 30.04.2026 è prevista la cessazione dell'incarico convenzionale a tempo indeterminato nell'attività specialistica ambulatoriale di medicina legale svolto dal titolare per n. 36 ore settimanali nei Distretti Sanitari di Tivoli e Colleferro, ai sensi dell'art. 38 comma 1 lettera b) dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatori interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali del 04.04.2024 e s.m.i.;

Considerato che con nota acquisita agli atti del protocollo generale al n. 38737 del 06.10.2025 il citato titolare ha espresso la volontà di proseguire il suddetto incarico oltre il 70° anno di età;

- che il Direttore del Distretto Sanitario di Tivoli e il Direttore del Direttore Sanitario di Colleferro in data 17.10.2025 hanno espresso parere favorevole alla richiesta prot. 38737/2025;

Visto l'art. 20 e la norma transitoria n. 2 dell'A.C.N./2024 e s.m.i.

Atteso che il Direttore del Distretto Sanitario di Tivoli con nota prot. n. 2488 del 20.01.2026 e il Direttore del Distretto Sanitario di Colleferro con nota prot. n. 50247 del 19.12.2025 hanno richiesto la pubblicazione delle suddette ore indicando la modalità di svolgimento;

Preso atto del parere favorevole della Direzione Sanitaria, espresso in data 10.02.2026, alle citate richieste prot. n. 2488/2026 e prot. n 50247/2025;

Ai sensi dell'art. 20 e della norma transitoria n. 2 del citato A.C.N., è indetto un Avviso per la copertura di n. 36 ore settimanali nella specialistica ambulatoriale convenzionata - branca medicina legale - da svolgere per n. 6 ore settimanali nel Distretto Sanitario di Tivoli e per n. 30 ore settimanali nel Distretto Sanitario di Colleferro presso la sede del Distretto, a decorrere dal 30.04.2026;

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 Roma 5.

I medici interessati ai turni in oggetto del presente avviso devono far pervenire la domanda entro e non oltre il 26-02-2026 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.

I turni per n. 36 ore settimanali da assegnare branca MEDICINA LEGALE, da svolgersi nei Distretti Sanitari di Tivoli e Colleferro presso la sede del Distretto sono i seguenti:

Distretto Sanitario di Tivoli

- martedì dalle ore 08.00 alle ore 14.00 (6 ore)

Distretto Sanitario di Colleferro - Distretto

- lunedì dalle ore 08.00 alle ore 13.00 (5 ore)
- mercoledì dalle ore 08.30 alle ore 14.00 (5 ore e 30 minuti)
- giovedì dalle ore 08.00 alle ore 13.00 e dalle ore 13.30 alle ore 17.30 (9 ore)
- venerdì dalle ore 08.00 alle ore 13.30 (5 ore e 30 minuti)
- sabato dalle ore 08.30 alle ore 13.30 (5 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.

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'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 Riccetti

Fac simile domanda

ALLA ASL ROMA 5
UOC GESTIONE DEL PERSONALE
PERSONALE A CONVENZIONE

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: _____