

UOC Gestione del Personale  
Via Acquaregna 1/15  
0774 701167-16  
personale.convenzione@aslroma5.it

**AVVISO INTERNO  
PER LA COPERTURA DI N. 11 ORE SETTIMANALI  
NELLA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA  
BRANCA RADIOLOGIA, DISTRETTO SANITARIO DI TIVOLI**

Premesso che a seguito dell'esito negativo dell'avviso interno n. 39927 del 14.10.2025 è stato pubblicato, dal Comitato Zonale di Roma e Provincia in data 01.12.2025, un turno vacante di n. 11 ore settimanali di specialistica ambulatoriale – branca radiologia, da svolgere nel Distretto Sanitario di Tivoli per “*diagnostica ecografica capo e collo, eco linfonodi, eco epatica e vie biliari, eco milza, eco vescicale prostatica (sovrappubica), eco collo per linfonodi, eco addome parziale superiore, eco addome parziale inferiore, eco linfonodi addominali, eco addome completo*”;

Considerato che con nota prot. n. 59793 del 17.03.2026 il Comitato Zonale di Roma e Provincia, espletate le procedure dell'art. 21 A.C.N. per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali, veterinari ed altre professionalità sanitarie del 05.02.2026, ha comunicato la mancata assegnazione del turno in parola;

Atteso che con nota prot. n. 16726 del 10.04.2026, il Direttore del Distretto Sanitario di Tivoli, ha richiesto la pubblicazione delle ore di che trattasi, indicandone la modalità di svolgimento;

Preso atto del parere favorevole della Direzione Sanitaria Aziendale, per la pubblicazione dei turni di cui alla succitata nota prot. n. 16726/2026, espresso in data 22.04.2026;

E' indetto, ai sensi dell'art. 20 del citato A.C.N., un Avviso per la copertura di n. 2 turni per un totale di n. 11 ore settimanali nell'attività specialistica ambulatoriale convenzionata di radiologia;

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 08-05-2026 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.

I 2 turni settimanali da assegnare nell'attività specialistica di radiologia, da svolgere nel Distretto Sanitario di Tivoli per effettuare ecografie internistiche “*diagnostica ecografica capo e collo, eco linfonodi, eco epatica e vie biliari, eco milza, eco vescicale prostatica (sovrappubica), eco collo per linfonodi, eco addome parziale superiore, eco addome parziale inferiore, eco linfonodi addominali, eco addome completo*”, sono le seguenti:

- turno n. 1 - giovedì dalle ore 8.00 alle ore 14.00 (6 ore)
- turno n. 2 - venerdì dalle ore 13.00 alle ore 18.00 (5 ore)

Nella domanda redatta secondo lo schema allegato, il medico interessato dovrà dichiarare in forma di autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 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.

Responsabile del Procedimento  
Sig.ra Dania Puccetti

Responsabile U.O. Personale a convenzione  
Dott.ssa Alessandra Maggiani

Direttore U.O.C. Gestione del Personale  
Dott. Vincenzo Romeo

Direttore Amministrativo  
Dott. Giovanni Farinella

Direttore Sanitario  
Dott. Franco Cortellessa

Direttore Generale  
Dott.ssa Silvia Cavalli



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/2026..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 \_\_\_\_\_