AVVISO INTERNO
PER LA COPERTURA DI N. 6 ORE SETTIMANALI
SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA
BRANCA CARDIOLOGIA
DISTRETTO SANITARIO SUBIACO

In esecuzione della deliberazione n. 1390 del 30-06-2026

In applicazione dell'art. 20 del vigente A.C.N. per disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatori interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali, è indetto un Avviso per la copertura di n. 6 ore settimanali nella Specialistica ambulatoriale convenzionata – branca CARDIOLOGIA
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 orario 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 del comma 3 del citato articolo.
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 12-07-2026 con nota indirizzata alla 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 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 dichiarazione di rimodulazione e/o **riduzione** dell'orario dell'incarico o **cessazione** dello stesso presso altra Azienda,

Il turno per n. 6 ore settimanali da assegnare, branca CARDIOLOGIA. da svolgersi nel Distretto Sanitario di SUBIACO presso la CdC di Bellegra è il seguente:

Casa della Comunità di Bellegra
- martedì dalle ore 8.30 alle ore 14.30

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 nell'ASL Roma 5;
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 l'art. 20 comma 5 dell' ACN vigente prevede che "*allo specialista ambulatoriale che rinunci al completamento di cui al comma 2, offerto nell'ambito provinciale 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'art. 45…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

ASL Roma 5 - Protocollo n° 31988 del 3-7-2026

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 5

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_____