

**AVVISO INTERNO
PER LA COPERTURA DI N. 19 ORE SETTIMANALI
NELLA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA
BRANCA OSTETRICA E GINECOLOGIA
DISTRETTO SANITARIO DI PALESTRINA
CASE DELLA COMUNITA'**

Premesso che, per garantire la piena operatività delle Case di Comunità, nelle more del nuovo Accordo Integrativo Regionale, in coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022, il Direttore del Distretto Sanitario di Palestrina, con comunicazione del 08.07.2026 integrata in data 23.07.2026, ha comunicato il fabbisogno delle ore di specialistica ambulatoriale, l'incremento delle ore e le modalità di svolgimento dell'attività.

Considerato che nelle suddette comunicazioni è stata indicata quale attività specialistica anche la branca di OSTETRICIA E GINECOLOGIA e le modalità di svolgimento;

Richiamate le deliberazione n. 774 del 02.05.2025 e n. 2296 del 11.12.2025 relative alle ore di specialistica ambulatoriale, branca ostetrica e ginecologia, assegnate al Distretto Sanitario di Palestrina e le relative comunicazioni di mancata assegnazione delle ore di che trattasi comunicate dal Comitato Zonale di Roma e Provincia con nota prot. n. 107907/2026 del 14.05.2026;

Preso atto del disposto del Direttore Amministrativo del 07.07.2026 relativamente alla pubblicazione delle ore di specialistica ambulatoriale;

Preso atto del parere favorevole del Direttore Sanitario comunicato in data 03.09.2026 relativo alla richiesta di cui alle succitate comunicazioni del 08.07.2026 e 23.07.2026 del Distretto Sanitario di Palestrina;

E' indetto, ai sensi dell'art. 20 del citato A.C.N., un Avviso per la copertura di n. 19 ore settimanali nell'attività specialistica ambulatoriale convenzionata di OSTETRICIE E GINECOLOGIA;

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 17.09.2026 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. 19 ore settimanali da assegnare nell'attività specialistica di OSTETRICIA E GINECOLOGIA da svolgere nel Distretto Sanitario di Palestrina, sono le seguenti:

Casa della Comunità di Palestrina

- lunedì dalle ore 8.00 alle ore 13.00 (5 ore)
- giovedì dalle ore 14.00 alle ore 18.00 (4 ore)

Casa della Comunità di Zagarolo

- martedì dalle ore 9.00 alle ore 11.00 (2 ore)

Casa della Comunità di Cave

- sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00 (4 ore)

Casa della Comunità di San Cesareo

- martedì dalle ore 8.00 alle ore 12.00 (4 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

Il Direttore
UOC Gestione del Personale
Dott. Vincenzo Romeo

Il Direttore Amministrativo
Dott. Giovanni Farinella

Il Direttore Generale
Dott.ssa Silvia Cavalli

Il Direttore Sanitario
Dott. Franco Cortellessa



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 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 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 _____