ASL
ROMA 5

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

AVVISO INTERNO
PER EVENTUALE COPERTURA DI N. 4 ORE SETTIMANALI NELLA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA BRANCA ENDOCRINOLOGIA DISTRETTO SANITARIO DI MONTEROTONDO

Premesso che, a seguito della deliberazione n. 1949 del 16.09.2026, avente ad oggetto *"Riconversione ore specialistica ambulatoriale Distretto Sanitario di Monterotondo"* con nota prot. n. 430 del 29.09.2026 il Direttore del Distretto Sanitario di Monterotondo ha richiesto pubblicazione di n. 4 ore settimanali di nell'attività specialistica di endocrinologia, da svolgere presso il poliambulatorio di Monterotondo, per *"attività di endocrinologia con particolare riferimento all'attività di osteoporosi primitiva e secondaria, incluse le forme associate a neoplasia, iperparatiroidismo, ipoparatiroidismo, e patologia tiroidea"*;
Preso atto del parere favorevole della Direzione Sanitaria Aziendale, per la pubblicazione del turno di cui alla succitata nota prot. n. 430/2026 espresso in data 01.10.2026;
Visto l'art. 20 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatori interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali del 05.02.2026;
E' indetto un Avviso per la copertura di n. 4 ore settimanali nella specialistica ambulatoriale convenzionata - branca endocrinologia - da svolgere nel Distretto Sanitario di Monterotondo presso il Poliambulatorio di Monterotondo per *per "attività di endocrinologia con particolare riferimento all'attività di osteoporosi primitiva e secondaria, incluse le forme associate a neoplasia, iperparatiroidismo, ipoparatiroidismo, e patologia tiroidea"*;
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 Roma5.
I medici interessati ai turni in oggetto del presente avviso devono far pervenire la domanda entro e non oltre il 14-11-2025 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.
Il turno per n. 4 ore settimanali da assegnare branca ENDOCRINOLOGIA, da svolgersi nel Distretto Sanitario di Monterotondo presso il Poliambulatorio di Monterotondo è il seguente:
Distretto Sanitario di Monterotondo - Poliambulatorio Monterotondo

- giovedì dalle ore 09.30 alle ore 13.30 (4 ore) — *attività di endocrinologia con particolare riferimento all'attività di osteoporosi primitiva e secondaria, incluse le forme associate a neoplasia, iperparatiroidismo, ipoparatiroidismo, e patologia tiroidea*

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.

Responsabile del Procedimento
Sig.ra Dania Piccetti

Responsabile F.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

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_____