ASL ROMA 5

REGIONE LAZIO

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

AVVISO INTERNO
PER LA COPERTURA DI N. 7 ORE SETTIMANALI
NELLA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA
BRANCA OCULISTICA
DISTRETTO SANITARIO DI TIVOLI

Premesso che a seguito dell'esito dell'avviso interno n. 19259 del 24.04.2026 è stato pubblicato, dal Comitato Zonale di Roma e Provincia in data 01.06.2026, un turno vacante di n. 7 ore settimanali di specialistica ambulatoriale – branca oculistica da svolgere nel Distretto Sanitario di Tivoli;
Considerato che con nota prot. n. 192656 del 09.09.2026 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 04.04.2024 e s.m.i., ha comunicato la mancata assegnazione del turno in parola;
Atteso che con nota prot. n. 43746 del 14.09.2026, 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 espresso in data 01.10.2026 alla succitata nota prot. n. 43746/2026;
E' indetto, ai sensi dell'art. 20 del citato A.C.N., un Avviso per la copertura di n. 7 ore settimanali nell'attività specialistica ambulatoriale convenzionata di OCULISTICA;
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 al turno in oggetto del presente avviso devono far pervenire la domanda entro e non oltre il 23-11-2026 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. 7 ore settimanali da assegnare nell'attività specialistica di oculistica, da svolgere nel Distretto Sanitario di Tivoli, presso l'ambulatorio del medesimo Distretto, sono le seguenti:

- martedì dalle ore 08.00 alle ore 15.00 (7 ore) - *ambulatorio*

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 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 Responsabile del procedimento
Dania Puccetti

Il Responsabile F.O. Personale a Convenzione
Alessandra Maggiani

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

Il Direttore Amministrativo
Dott. Giovanni Farinella

Il Direttore Sanitario
Dott. Franco Cortellessa

Il 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/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: _____