SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
ASL
ROMA 5

UOC Gestione del Personale
Personale a Convenzione
personale.convenzione@aaslroma5.it

AVVISO N. _____ **del** _____ **Scadenza** 23-12-2026

AVVISO PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITA' PER EVENTUALI INCARICHI PROVVISORI O AFFIDAMENTO SOSTITUZIONI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

ANNO 2027

Preso atto che sul BURL n. 91 del 12/11/2026 è stata pubblicata la graduatoria unica regionale definitiva di pediatria di libera scelta valida per l'anno 2027 - determinazione Regione Lazio del 06/11/2026 n. G15490. Ai sensi dell'art. 19 comma 7 e comma 8 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di libera scelta, le Aziende, fatte salve diverse determinazioni in sede AIR relativamente alla tempistica, entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva sul BURL, pubblicano sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione della graduatoria aziendale di pediatri disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:

a) Pediatri iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
b) Pediatri che abbiano acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale.
c) pediatri in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti diversi dalla lettera b).

I pediatri di cui alla suddetta lettera b) e c) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

I pediatri interessati al presente Avviso **iscritti** nella graduatoria regionale definitiva valida per l'anno 2027 di cui alla determinazione Regione Lazio del 06/11/2026 n. G15490 e pubblicata in data 12/11/2026 sul BURL n. 91 e **non iscritti** nella suddetta graduatoria ma specializzati in pediatria o discipline equipollenti- tabella B del DM 30 gennaio 1998 e smi- , dovranno far pervenire la domanda di partecipazione entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione del presente Avviso sul sito istituzionale, redatta utilizzando esclusivamente lo schema di domanda allegato al presente Avviso, sottoscritta e debitamente compilata in modo leggibile in ogni sua parte e con allegata la copia non autenticata di un documento di identità valido e corredata da marca da bollo e modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo.

Gli uffici aziendali preposti si riservano la facoltà di richiedere ogni utile documentazione ai medici aspiranti.

La domanda di partecipazione e i relativi allegati (unico pdf dimensione massima 30 MB) dovranno essere trasmessi entro il termine di scadenza sopra indicato al seguente indirizzo PEC protocollo@pec.aslroma5.it riportando nell'oggetto della email di trasmissione il numero dell'Avviso.

Si comunica che gli eventuali incarichi provvisori e di sostituzione che dovessero rendersi disponibili verranno proposti mediante apposita comunicazione all'indirizzo e-mail (posta elettronica ordinaria) fornito obbligatoriamente dagli aspiranti sulla domanda di inclusione nella graduatoria aziendale.

Eventuali domande giunte successivamente saranno inserite in appositi elenchi e graduate con i medesimi criteri sopra indicati. Tali elenchi saranno utilizzati solo in caso di indisponibilità dei medici già inseriti nella graduatoria aziendale di cui al presente Avviso.

L'Azienda declina ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte comunicazioni del recapito da parte del medico aspirante o da mancata o tardiva comunicazione dell'indirizzo email indicato cui inviare le comunicazioni o per eventuali ritardi o disguidi non imputabili all'amministrazione.

L'Azienda si riserva la facoltà di annullare, prorogare, sospendere o 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.

Per eventuali informazioni o chiarimenti inerenti il presente Avviso, gli interessati potranno rivolgersi alla UOC Gestione del Personale – Personale a Convenzione telefono 0774/701120-24-67.

Responsabile del procedimento
Sig.ra Dania Puccetti

Responsabile F.O. Personale a Convenzione
Dott.ssa Alessandra Maggiani

Il Direttore UOC 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

N. codice identificativo marca da bollo (14 cifre)

_____

ASL ROMA 5
U.O.C. GESTIONE DEL PERSONALE
PERSONALE A CONVENZIONE
VIA ACQUAREGNA 1-15
00019 TIVOLI RM

PEC: protocollo@pec.aslroma5.it

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'avviso per la formazione della Graduatoria Aziendale ASL ROMA 5 di disponibilità da utilizzarsi per il conferimento di incarichi provvisori e sostituzione di Pediatria di Libera Scelta anno 2027

Il/la sottoscritto/a *(cognome)*_____*(nome)* _____

nato/a il _____ a_____provincia di _____

Codice Fiscale_____ residente in_____

via _____n._____

tel. _____recapito cell._____

e – mail posta ordinaria (obbligatoria) _____ PEC(obbligatoria)_____

chiede di partecipare all'avviso in oggetto, pubblicato con prot. n. _____ in data _____ con scadenza in data _____.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali previste per coloro che rilasciano dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 DPR 445/00 e s.m.i., dichiara:

1) di essere:

- ☐ a) pediatra inserito nella graduatoria Regionale (Regione Lazio) di Pediatria anno 2027 in posizione_____ con punti_____;
- ☐ b) pediatra NON inserito nella graduatoria Regionale (Regione Lazio) e di aver acquisito la specializzazione in Pediatria o disciplina equipollente (se equipollente specificare disciplina)_____ successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31.01.2026) presso _____ in data_____ con votazione_____
- ☐ c) pediatra NON inserito nella graduatoria Regionale (Regione Lazio) e di essere in possesso della specializzazione in Pediatria o disciplina equipollente (se equipollente specificare disciplina)_____diversi dalla lettera b) presso _____ in data_____ con votazione_____

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente **indirizzo e- mail (posta ordinaria)**_____

Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione a quanto sopra dichiarato e chiesto.

Autorizza ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e smi il trattamento dei dati personali.

Data_____ Il/la Richiedente

_____

Firma leggibile

n.b. Allega 1) copia documento valido di riconoscimento
2) modulo attestazione di pagamento imposta di bollo

MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

(da allegare alla domanda di partecipazione all'Avviso per la formazione della graduatoria aziendale di pediatria di libera scelta per l'anno 2027)

Il sottoscritto consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale (art. 75 e 76 DPR 28.12.2000 n. 445) trasmette la presente dichiarazione, attestando ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445 quanto segue:

Spazio per l'apposizione della marca da bollo da € 16,00 da annullare con data e firma

Il/la sottoscritto/a *(cognome e nome)* _____

nato/a il _____ a _____ provincia di _____

Codice Fiscale _____ residente in _____

via _____ n. _____

DICHIARA

- Di aver provveduto al pagamento dell'imposta dovuta per la domanda di partecipazione all'Avviso prot. n. _____ del _____ per la formazione della Graduatoria Aziendale ASL ROMA 5 di disponibilità da utilizzarsi per il conferimento di incarichi provvisori e sostituzione di Pediatria di Libera Scelta anno 2027 con la marca da bollo sopra apposta e annullata:
  Numero identificativo della marca da bollo (14 cifre) _____ del _____
- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate, pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Luogo e data

_____

Firma autografa leggibile

_____

N.B.

1) Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto con firma autografa leggibile del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di partecipazione all'Avviso per la formazione della graduatoria aziendale per il conferimento di incarichi provvisori e sostituzione di pediatria di libera scelta valevole per l'anno 2027.
2) **La marca da bollo**, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa e parte del modulo.
3) Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato sia nel presente modulo che nell'apposito spazio posto sulla domanda di partecipazione.