

Prot. n° 625

Tivoli, 20/12/2019

AVVISO INTERNO
MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI
PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' DI CUI ALLA DELIBERAZIONE N. 94
DEL 23.02.2018 E DELIBERAZIONE N. 9 DEL 04.12.2019

In attuazione della deliberazione n. 94 del 23.02.2018 avente per oggetto "Determinazione Regione Lazio n. G 16620 del 23.12.2015. Presa d'atto **Progetto sul Gioco D'Azzardo Patologico (GAP)**. Richiesta personale dedicato."

Visto l'art. 78 dell'ACN/2005 e smi per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

E' indetto un Avviso interno rivolto ai medici titolari nella medicina dei servizi territoriali per la partecipazione alle attività di cui alla deliberazione n. 94 del 23.02.2018;

La partecipazione alle attività di cui alla deliberazione n. 94 del 23.02.2018 non potrà comportare il superamento delle 38 ore settimanali contrattualmente previste e sarà finanziata con fondi stanziati dalla Regione Lazio.

Resta inteso che la partecipazione alle attività di cui alla deliberazione n. 94 del 23.02.2018 non potrà avvenire rinunciando contestualmente ad altro incarico presso ASL Roma 5 e che i turni che saranno assegnati con il presente avviso cesseranno al termine delle attività (31/12/2020)

I medici titolari interessati devono far pervenire la domanda entro e non oltre il termine di **DOMENICA 29 DICEMBRE 2019** con nota indirizzata alla Azienda Sanitaria Locale Roma 5 – UOC Politiche del Personale e Qualità – Via Acquaregna, 1/15 – 00019 TIVOLI ed inviata ESCLUSIVAMENTE a mezzo email al seguente indirizzo: politichedelpersonaleequalita@aslroma5.it.

Non si terrà conto delle domande pervenute successivamente a tale data.

In caso di **sovrapposizione oraria** con il turno/i scelto/i, l'interessato deve allegare alla domanda di partecipazione, pena esclusione, il nulla osta del Direttore del Distretto Sanitario dove svolge la propria attività alla eventuale modifica dell'orario.

Nella domanda di partecipazione indicare la priorità del turno/i prescelto/i

I turni previsti per la partecipazione alle attività sono i seguenti:

- **n° 1 turno di 24 ore settimanali per il Ser.D del Distretto Sanitario di Subiaco**

Il turno per le attività di cui alla deliberazione n. 94 del 23.02.2018 avrà la seguente articolazione

- Lunedì dalle ore 9.00 alle ore 14.00
- Martedì dalle ore 9.00 alle ore 14.00
- Mercoledì dalle ore 9.00 alle ore 13.00
- Giovedì dalle ore 9.00 alle ore 14.00
- Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 14.00

- **n° 1 turno di 18 ore settimanali per il Ser.D del Distretto Sanitario di Palestrina**



Il turno per le attività di cui alla deliberazione n. 94 del 23.02.2018 avrà la seguente articolazione

- Lunedì dalle ore 8.30 alle ore 14.30
- Giovedì dalle ore 8.30 alle ore 14.30
- Venerdì dalle ore 8.30 alle ore 14.30

- ***n° 1 turno di 12 ore settimanali per il Ser.D del Distretto Sanitario di Palestrina***

- Martedì dalle ore 8.30 alle ore 14.30
- Mercoledì dalle ore 13.00 alle ore 19.00

- ***n° 1 turno di 18 ore settimanali per il Ser.D del Distretto Sanitario di Colferro***

Il turno per le attività di cui alla deliberazione n. 94 del 23.02.2018 avrà la seguente articolazione

- Lunedì dalle ore 9.00 alle ore 13.00
- Martedì dalle ore 8.30 alle ore 13.30
- Giovedì dalle ore 8.30 alle ore 13.30
- Venerdì dalle ore 11.00 alle ore 15.00

- ***n° 1 turno di 24 ore settimanali per il Ser.D del Distretto Sanitario di Monterotondo***

Il turno per le attività di cui alla deliberazione n. 94 del 23.02.2018 avrà la seguente articolazione

- Lunedì dalle ore 15.00 alle ore 19.00
- Martedì dalle ore 8.00 alle ore 13.00
- Mercoledì dalle ore 8.00 alle ore 13.00
- Giovedì dalle ore 8.00 alle ore 13.00
- Venerdì dalle ore 8.00 alle ore 13.00

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 nella Medicina dei Servizi Territoriali, il voto di laurea conseguito e la data di conseguimento della stessa, nonché lo svolgimento, la natura e l'impegno orario di altri rapporti convenzionali intrattenuti con questa o altre ASL.

I suddetti turni verranno attribuiti, fra tutte le domande ammissibili pervenute nei termini di cui sopra, in base ai seguenti criteri:

1. Maggiore anzianità di incarico a tempo indeterminato nella attività di Medicina dei Servizi territoriali.
2. A parità di anzianità di incarico, nell'ordine, la minore età, il maggior voto di laurea e la maggiore anzianità di laurea.

IL DIRETTORE

U.O.C. Politiche del Personale e Qualità

U.O.S. Amministrazione del Personale

Dr.ssa Stefania ONORI

Il Responsabile del procedimento
Dott.ssa Alessandra Maggiani

ALLA ASL ROMA 5
UOC POLITICHE DEL PERSONALE E QUALITA'
VIA ACQUAREGNA, 1-15
00019 TIVOLI
Email:politichedelpersonaleequalita@aslroma5.it

OGGETTO: Domanda partecipazione avviso interno medicina dei servizi territoriali. Attività di cui alla deliberazione n. 94 del 23.02.2018.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ ()
Il _____ e residente in _____ P.zza/Via _____
tel _____ email _____, in risposta all'Avviso della ASL Roma 5 per la
partecipazione alle attività di cui alla deliberazione n. 94 del 23.02.2018 prot. n. _____ del _____

CHIEDE

Di partecipare al suddetto Avviso, avendo preso visione di quanto in esso indicato e della deliberazione n. 94 del 23.02.2018, dichiarandosi disponibile a svolgere le attività mediante il seguente turno ivi indicato:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

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:

- di essere titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato con la ASL RM 5 per la Medicina dei servizi territoriali senza soluzione di continuità dalla data del _____ per un numero di ore pari a _____ attualmente in servizio il Distretto Sanitario di _____.
- di essere titolare di altro rapporto convenzionale per attività di _____ presso la ASL _____ dalla data _____ con impegno orario settimanale di n. ore _____ oppure con numero assistiti _____.
- di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università _____ con votazione _____ in data _____

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
