

U.O.C. Risorse Umane
U.O. Personale Convenzionato

AVVISO INTERNO
RISERVATO AGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI
PER LA COPERTURA DI UN TURNO DI MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE,
BRANCA DI **DERMATOLOGIA**

Si rende noto che questa Azienda ASL Roma 3, ha necessità di provvedere alla copertura di un turno vacante di Medicina Specialistica Ambulatoriale nella Branca di **DERMATOLOGIA**, di cui all'A.C.N. di categoria del 04.04.2024, mediante l'attribuzione, in aumento orario, a medici titolari a tempo indeterminato presso l'Azienda, che ancora non abbiano raggiunto il massimale orario consentito delle 38 ore settimanali.

Il turno vacante, frazionabile, da assegnare è il seguente:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
Pol. V Paolini	13	Lunedì 8.00-13.30 Giovedì 8.00 – 15.30	01/07/2024

La domanda, redatta secondo lo schema allegato, in forma di autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., dovrà pervenire **entro 7 giorni** dalla data della pubblicazione sul sito aziendale della ASL Roma 3, al seguente indirizzo PEC: personale.convenzionato@pec.aslroma3.it

Ogni domanda pervenuta oltre la scadenza non sarà presa in considerazione.

I turni oggetto del presente avviso verranno attribuiti, tra tutte le domande ammissibili pervenute nei termini di cui sopra, secondo i seguenti criteri stabiliti dall'art. 20 dell'ACN del 04.04.2024:

1. maggior anzianità di incarico;
2. a parità di anzianità prevale il maggior numero di ore di incarico;

In subordine

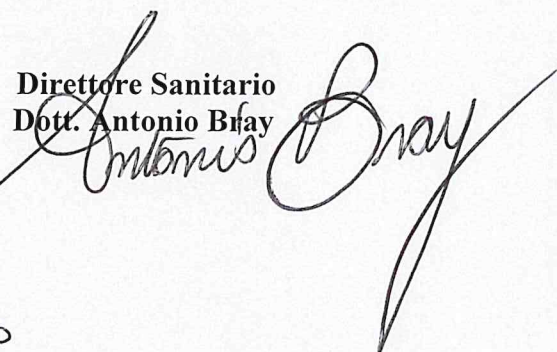
3. anzianità di specializzazione;
4. minore età

In caso di sovrapposizione del turno scelto con l'articolazione oraria dell'incarico attualmente svolto, dovrà essere allegato alla domanda di partecipazione, pena l'esclusione, il nulla osta del responsabile alla eventuale modifica dell'orario di servizio.

Qualora il titolare presti servizio anche presso altre ASL, potrà partecipare all'avviso, allegando alla domanda, la dichiarazione formale di rinuncia delle ore eccedenti espletate presso altre aziende.

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.


Direttore Amministrativo
Dott. Angelo Scozzafava

Direttore Sanitario
Dott. Antonio Bray


Il Direttore Generale
Dott.ssa Francesca Milito


Direttore UOC Risorse Umane
Dott. Giovanni Farinella



Il responsabile del procedimento
Dott.ssa Barbara Pileri


AVVISO INTERNO
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
BRANCA DI **DERMATOLOGIA**

Il/la sottoscritt___ Dr_____ dichiara ai sensi del
D.P.R. 445/2000 e s.m.i., di essere Medico Specialista Ambulatoriale nella Branca di
Dermatologia, titolare a tempo indeterminato per n. _____ ore settimanali, presso la ASL Roma 3
a decorrere dal _____ con la seguente articolazione oraria e sede di servizio:

Lunedì _____

Martedì _____

Mercoledì _____

Giovedì _____

Venerdì _____

Sabato _____

recapito telefonico _____ mail _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso interno per l'aumento orario con l'attribuzione del sottoindicato turno
vacante **frazionabile**:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
Pol. V Paolini	13	Lunedì 8.00-13.30 Giovedì 8.00 – 15.30	01/07/2024

Si dichiara la seguente disponibilità oraria _____

Dichiara altresì

- Di non essere titolare presso altre Aziende
 Di essere titolare presso altre Aziende come di seguito indicato

presso la ASL _____, per n. _____ ore settimanali

presso la ASL _____, per n. _____ ore settimanali

Allega:

- Autorizzazione del responsabile alla modifica orario in caso di sovrapposizione
 Dichiarazione di rinuncia ore eccedenti espletate presso altre Aziende

Luogo e data

Firma _____