



DIREZIONE GENERALE



AVVISO MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER I MEDICI DI RUOLO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA

In esecuzione a quanto stabilito in data 23.01.2025 dal Comitato Aziendale di Medicina Generale, è indetta la presente manifestazione di interesse rivolta esclusivamente ai **MEDICI DI RUOLO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA**, Titolari a Tempo Indeterminato o Determinato c/o ASL ROMA 3, disponibili ad effettuare l'attività presso la zona del Trullo (Distretto Sanitario Municipio XI), al fine di garantire la continuità assistenziale.

A tal fine la ASL Roma 3, nelle more della definizione di futuri Accordi, mette a disposizione in via sperimentale, al fine di rispondere alle esigenze sociali del Territorio, nel rispetto dell'art. 33 comma 6) e comma 10) dell'ACN 04.04.2024, il locale situato in Via del Trullo, 421, 00148 Roma nelle giornate di giovedì e venerdì, dalle 14.30 alle 20.00, presso cui aprire il proprio studio medico.

REQUISITI PER L'AMMISSIONE:

Essere Medico di Ruolo di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta, Titolare a Tempo Indeterminato o Determinato c/o la ASL Roma 3 con almeno 500 scelte disponibili.

TERMINE DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:

I Medici di Ruolo di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta interessati, dovranno far pervenire apposita richiesta, redatta in carta semplice secondo lo schema (All 1), allegando fotocopia del documento d'identità in corso di validità, tramite pec all'indirizzo: direzione.distretto11@pec.aslroma3.it, entro 10 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso.

Resta inteso che verranno prese in considerazione anche le richieste pervenute successivamente alla data fissata in caso di necessità.

Per informazioni contattare la segreteria della Direzione del Distretto Sanitario Municipio XI, tel 0656485219.

MODALITA' DI VALUTAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande verranno valutate tenendo conto del numero di scelte disponibili nonché della prossimità dall'attuale sede lavorativa del medico

Direttore Sanitario
Dott. Antonio Bray

Direttore Amministrativo
Dott. Angelo Scozzafava

Direttore Generale
Dott.ssa Francesca Milito

Direttore Dipartimento Cure Primarie e ISS
Dott.ssa Daniela Sgroi

Direttore UOC Distretto Sanitario
Municipio XI

Dott.ssa **Monica Fonciello**

Signed by: FONCIELLO MONICA
Issued by: FONCIELLO MONICA - Firma Qualificata
Signing time: 27-02-2025 14:39 UTC +01

ALLEGATO 1)

direzione.distretto11@pec.aslroma3.it

Il/la sottoscritto/a
nato/.....il.....CF.....
e residente ain Via.....
telefono..... indirizzo mail
pec.....
Studio medico presso:
con numero di scelte disponibili pari a:
.....

CHIEDE

di essere ammesso/a all'avviso riservato esclusivamente

AI MEDICI DI RUOLO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA, Titolari a Tempo Indeterminato o Determinato c/o ASL ROMA 3

Data.....

Timbro e Firma