



DIREZIONE GENERALE



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

E' 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 15 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 Dipartimento Cure Primarie e ISS
Dott.ssa Daniela Sgroi

Direttore UOC Distretto Sanitario
Municipio XI

Digitally signed by Dott.ssa Monica Fonicciello
Issuer: Dott.ssa Monica Fonicciello
Signing time: 10-04-2025 15:29 UTC +02

Direttore Sanitario Aziendale
Dott. Antonio Bray

Direttore Amministrativo
Dott. Angelo Scozzafava

Direttore Generale
Dott.ssa Laura Figorilli

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