

**Avviso Interno Manifestazione d'interesse Personale Medico della Medicina dei Servizi per il potenziamento delle attività di Valutazione Multidimensionale dei CAD della ASL Roma 3, in attuazione dell'art. 1 commi 34 e 34 bis della Legge 662/1996.**

È indetta la presente manifestazione di interesse per il profilo di Medico della Medicina dei Servizi con incarico a tempo indeterminato, disponibili ad effettuare, extra orario di lavoro (plus orario), attività di Valutazione Multidimensionale a domicilio dei pazienti, con priorità ai pazienti di età > 65 anni, residenti o domiciliati presso tutto il territorio aziendale.

In esito alla manifestazione di interesse sarà stilata la lista unica aziendale dei medici che hanno aderito, che sarà trasmessa ai Direttori di Distretto, ai quali compete la valutazione delle specifiche competenze per svolgere l'attività CAD richiesta, nonché la programmazione e il coordinamento delle attività aggiuntive di VMD sulla base del fabbisogno individuato, nonché le eventuali ulteriori esigenze emerse.

Sarà comunque garantita un'equa distribuzione delle ore tra i diversi professionisti

La tariffa oraria è definita dall'ACN vigente

Timbrature:

- Le timbrature del personale, in entrata e in uscita, precedute dal **codice specifico "22"** costituiranno la base per il computo orario e il pagamento.

#### REQUISITI SPECIFICI PER LA PRESENTAZIONE DELLA PROPRIA DISPONIBILITA'

- Medici della Medicina dei Servizi titolari di incarico a tempo indeterminato nella ASL Roma 3

È escluso dalla partecipazione all'effettuazione in extra orario di lavoro il personale con prescrizioni limitative dell'attività lavorativa.

Il personale medico aderente all'Avviso non può effettuare prestazioni in plus orario nei giorni di assenza dal servizio a qualsiasi titolo.

La copertura dei turni – a titolo di prestazione in plus orario – dovrà risultare dal prospetto della programmazione mensile che verrà inviata dal Direttore del Distretto all'Ufficio Personale a Convenzione.

Si specifica che non saranno prese in considerazione le domande che non presentano i requisiti richiesti.

#### TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Il personale medico interessato dovrà far pervenire tramite mail il modulo allegato al presente avviso, debitamente compilato e firmato, al seguente indirizzo di posta elettronica [cabinadiregiaadi@aslroma3.it](mailto:cabinadiregiaadi@aslroma3.it) con oggetto "Manifestazione d'interesse Personale Medico della



SISTEMA SANITARIO REGIONALE  
**ASL**  
**ROMA 3**

**DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E  
INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**  
U.O.C. CURE PRIMARIE E TUTELA DELLA SALUTE  
DELLA COPPIA



**REGIONE  
LAZIO**

Medicina dei Servizi per il potenziamento delle attività di Valutazione Multidimensionale dei CAD”,  
entro 7 giorni dalla pubblicazione del presente Avviso sul sito Aziendale.  
Resta inteso che, ove necessario, verranno prese in considerazione anche le richieste pervenute  
successivamente alla data fissata.

Il Direttore Sanitario Aziendale  
Dott. Antonio Bray

Il Direttore Generale  
Dott.ssa Francesca Milito



Il Direttore Dipartimento Cure  
Primarie e ISS  
Dott.ssa Daniela Sgroi

Cabina di Regia Aziendale ADI  
Dott.ssa Carola Magni

Dott.ssa Elisabetta Zuchi



SISTEMA SANITARIO REGIONALE  
ASL  
ROMA 3

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E  
INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA  
U.O.C. CURE PRIMARIE E TUTELA DELLA SALUTE  
DELLA COPPIA



REGIONE  
LAZIO

Alla CABINA DIREGIA AZIENDALE ADI

Domanda partecipazione:

**“Avviso Interno Manifestazione d’interesse Personale Medico della Medicina dei Servizi per il potenziamento delle attività di Valutazione Multidimensionale dei CAD della ASL Roma 3”**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Matricola \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Qualifica Professionale:

Medico Medicina dei Servizi

Sede di Servizio \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_

Titolare di incarico a tempo indeterminato per n. ore \_\_\_\_\_

N. ore settimanali da dedicare all’attività in plus orario \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell’art.46 del D.P.R. 445/2000, consapevole che, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, decadrà dai benefici eventualmente conseguiti fatte salve le responsabilità penali di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 di:

- essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dall’Avviso
- non avere prescrizioni limitative dell’attività lavorativa

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Informativa (Art.13 D.Lgs 196/2003)

La ASL Roma 3 informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all’assolvimento da parte dell’Azienda medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003