



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 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Si rende noto che, questa Azienda Roma 3 ha necessità di provvedere alla copertura di un turno vacante di Medicina Specialistica Ambulatoriale, nella Branca di **NEUROPSICHIATRIA INFANTILE** di cui all'A.C.N. di categoria del 20.05.2021, 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 da assegnare, di n. 35 ore settimanali è il seguente:

| Presidio/Servizio | Ore Settimanali | Orario /Attività / Competenze | Decorrenza |
|---------------------------------------|-----------------|---|------------|
| V. Vaiano Servizio TSMREE | | Lunedì 08.00- 18.00 Mercoledì/Giovedì 08.00 - 13.00 | |
| V. Giorgio Giorgis Servizio TSMREE | 35 | Martedì 08.00 - 16.00 Giovedì 08.00 - 15.00 Attività: Espletamento prime visite, visite di controllo, presa in carico di condizioni cliniche complesse, attività relative alle normative di Legge sulla disabilità (in particolare L. 104/92 e L. 170/2010), DSA, BES. | 01/08/2023 |

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.

Il turno oggetto del presente avviso verrà attribuito, tra tutte le domande ammissibili pervenute nei termini di cui sopra, secondo i seguenti criteri stabiliti dall'art. 20 dell'ACN/2021:

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 fornire prima dell'immissione in turno il nulla osta del responsabile alla modifica dell'orario di servizio, pena l'esclusione.

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.

**Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Daniela Sgroi**



**Il Direttore Generale
Dott.ssa Francesca Milito**



**Il Direttore UOC Risorse Umane
Dott. Giovanni Farinella**



AVVISO INTERNO
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
BRANCA DI **NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

Il/la Sottoscritt _____ Dr _____ Medico Specialista
Ambulatoriale nella Branca di _____, titolare a tempo indeterminato per n.
_____ ore settimanali, presso la ASL Roma 3 con la seguente articolazione oraria e sede di servizio:

Lunedì _____

Martedì _____

Mercoledì _____

Giovedì _____

Venerdì _____

Sabato _____

con **anzianità unificata** dal _____ (per anzianità unificata si intende la data del
primo incarico in qualità di titolare specialista/professionista ambulatoriale)
recapito telefonico _____ mail _____

CHIEDE

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

| Presidio/Servizio | Ore Settimanali | Orario /Attività / Competenze | Decorrenza |
|---------------------------------------|-----------------|---|------------|
| V. Vaiano Servizio TSMREE | | Lunedì 08.00- 18.00 Mercoledì/Giovedì 08.00 - 13.00 | |
| V. Giorgio Giorgis Servizio TSMREE | 35 | Martedì 08.00 - 16.00 Giovedì 08.00 - 15.00 Attività: Espletamento prime visite, visite di controllo, presa in carico di condizioni cliniche complesse, attività relative alle normative di Legge sulla disabilità (in particolare L. 104/92 e L. 170/2010), DSA, BES. | 01/08/2023 |

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
