

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

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 **Fisiatria**, 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 **non frazionabile**, da assegnare è il seguente:

| Presidio/Servizio        | Ore Settimanali | Orario /Attività / Competenze  | Decorrenza |
|--------------------------|-----------------|--|------------|
| Ospedale G.B. Grassi/CPO | 18              | lunedì 08.00-14.00<br>(Ambulatorio per le mielolesioni)<br><br>martedì 08.00-14.00<br>(Consulenze presso i Reparti)<br><br>giovedì 08.00-14.00<br>(Ambulatorio fisiatrico) | 01.12.2025 |

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 vigente:

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.

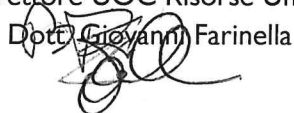
Qualora il titolare presti servizio anche presso altre ASL, potrà partecipare all'avviso, allegando alla domanda, la dichiarazione formale di rinuncia delle ore eccedenti espletate presso altre aziende.

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.

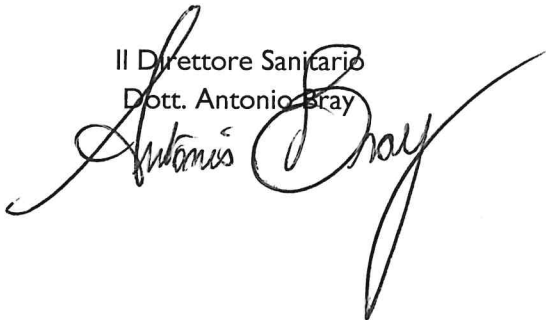
Il Responsabile del Procedimento

  
Dott.ssa Barbara Pileri

Direttore UOC Risorse Umane

  
Dott. Giovanni Farinella

Il Direttore Sanitario  
Dott. Antonio Bray



Il Direttore Amministrativo  
Dott. Angelo Scozzafava



Il Direttore Generale  
Dott.ssa Laura Figorilli





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

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ Dr \_\_\_\_\_ dichiara ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., di essere Medico Specialista Ambulatoriale nella Branch di **Fisiatria**, 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 **non frazionabile**:

| Presidio/Servizio        | Ore Settimanali | Orario /Attività / Competenze  | Decorrenza |
|--------------------------|-----------------|--|------------|
| Ospedale G.B. Grassi/CPO | 18              | lunedì 08.00-14.00<br>(Ambulatorio per le mielolesioni)<br><br>martedì 08.00-14.00<br>(Consulenze presso i Reparti)<br><br>giovedì 08.00-14.00<br>(Ambulatorio fisiatrico) | 01.12.2025 |

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 \_\_\_\_\_