

UOS PERSONALE A CONVENZIONE

## AVVISO

Oggetto: Applicazione art. 20 A.C.N. 04/04/2024 per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e altre Professionalità sanitarie e del “Nuovo Regolamento Aziendale per l’attribuzione di ore disponibili di Medicina Specialistica Ambulatoriale” di cui alla deliberazione n. 855 del 19/05/2020 - Attribuzione n. 10 ore disponibili di Cardiologia.

Con Deliberazione n. 855 del 19/05/2020, l’Azienda ha provveduto all’adozione di un nuovo Regolamento aziendale per l’attribuzione delle ore disponibili ai sensi dell’art. 20 del vigente A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e altre Professionalità sanitarie.

Con il presente Avviso si rende noto che si sono rese disponibili n. 10 ore di Cardiologia, da assegnare a Tempo Indeterminato mediante procedura di ampliamento orario, ai sensi dell’art. 20 del vigente A.C.N. della Medicina Specialistica Ambulatoriale, da espletarsi presso la Casa della Salute di Ladispoli, Distretto 2, articolate come di seguito indicato:

- Mercoledì 08:00-14:00 attività di Visite, ecg, rinnovo Piani Terapeutici
- Mercoledì 14:30-18:30 ecocardiografie e altre attività relative alla Rete Cardiologica Aziendale

La Rete Cardiologica Aziendale, coordinata dal Dr. Sergio Calcagno, prevede la disponibilità a integrarsi nella gestione della Cartella Ambulatoriale condivisa, con la partecipazione ai P.D.T.A. aziendali, e con l’utilizzo della Telerefertazione.

**L’incarico potrà decorrere dal 01/05/2025.**

Si rappresenta che, nel caso di sovrapposizione oraria dei predetti turni vacanti con i turni già effettuati, la dichiarazione di disponibilità di cui all’allegato Modulo (ALLEGATO 1) dovrà essere accompagnata dall’autorizzazione alla variazione/riduzione dell’orario di servizio, a uso prelazione, con l’indicazione dei nuovi orari di attività autorizzati. **Non sarà possibile prendere in considerazione dichiarazioni di disponibilità non corredate dalla predetta autorizzazione.**

Si ricorda, inoltre, che ai sensi dell’art. 20 co. 5 del vigente A.C.N., allo Specialista Ambulatoriale, Veterinario o Professionista che rinunci al completamento dell’orario, è preclusa la possibilità di partecipare all’assegnazione di incarichi presso l’Azienda per 2 (due) Turni di pubblicazioni e di percepire l’indennità di disponibilità di cui all’art. 45 del vigente A.C.N. fino all’accettazione di ampliamento orario.



Si precisa altresì che, ai sensi dell'art. 20 co. 6 del vigente A.C.N., qualora si rendano disponibili ore in precedenza conferite previa valutazione del possesso di particolari capacità professionali, ovvero nuove ore attivate dall'Azienda con le medesime caratteristiche, l'Azienda verificherà la possibilità di completamento dell'orario di coloro che sono stati valutati idonei da parte della Commissione Tecnica Aziendale per quelle stesse caratteristiche o di coloro che già esercitano gli stessi compiti e funzioni nell'Azienda.

In allegato al presente Avviso, si rimette il Modulo per la manifestazione della disponibilità all'ampliamento dell'orario di servizio (ALLEGATO 1).

La richiesta di disponibilità e il Modulo (ALLEGATO 1) saranno trasmessi a mezzo e-mail aziendale, agli Specialisti aventi diritto a partecipare.

Gli Specialisti interessati, dovranno compilare e sottoscrivere, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., il Modulo di disponibilità ivi allegato (ALLEGATO 1) accompagnato dall'autorizzazione alla variazione/riduzione dell'orario, a uso prelazione, **solo nel caso di sovrapposizione degli orari dei turni di attività già effettuati con l'orario di quelli proposti in ampliamento**, e inviarlo al seguente indirizzo di posta elettronica aziendale:

**personale.convenzione@aslroma4.it**

entro e non oltre 7 giorni dalla data di ricevimento sulla propria e-mail aziendale della richiesta di disponibilità.

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Simona Ursino

Il Direttore Generale f.f.  
Dott.ssa Simona Ursino

Il Direttore UOS Personale  
Dott. Alessandro Falcone

Il Responsabile del Procedimento  
Dott.ssa Eleonora Guainella

L'estensore  
Stefania Oliva

ASL ROMA 4  
Via Terme di Traiano 39/a  
00053 Civitavecchia (RM)

tel. 06.96669100  
www.aslroma4.it  
P.IVA 04743741003  
PEC: protocollo@pec.aslroma4.it

UOS Personale a Convenzione  
Direttore: Dott. Alessandro Falcone  
Responsabile del procedimento: Dott.ssa Eleonora Guainella  
eleonora.guainella@aslroma4.it  
Tel: 06 96669 int 777

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' ALL'ASSEGNAZIONE DI ORE DISPONIBILI AI SENSI DELL'ART. 20 DELL'A.C.N. 4/04/2024 MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DEL NUOVO REGOLAMENTO AZIENDALE DI CUI ALLA DELIBERAZIONE N. 855 DEL 19/05/2020.

Al Direttore Generale ASL Roma 4  
Via Terme di Traiano n. 39/a  
CIVITAVECCHIA

Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Lauret\_ il \_\_\_\_\_ Specialista in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Titolare a Tempo Indeterminato in questa Azienda a decorrere dal \_\_\_\_\_

per complessive n. \_\_\_\_\_ ore settimanali e di essere Titolare a Tempo Indeterminato di ulteriori

n. \_\_\_\_\_ ore settimanali presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (specificare le Aziende Sanitarie in cui viene prestato servizio), in relazione alla  
richiesta di disponibilità di cui alla nota prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

DICHIARA

di essere disponibile all'assegnazione di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

con orario di servizio \_\_\_\_\_

Si allega alla presente la seguente documentazione relativa all'autorizzazione alla variazione/riduzione dell'orario di servizio per uso prelazione per il caso di sovrapposizione oraria:

Il/La sottoscritt\_ , consapevole delle responsabilità penali previste dal D.P.R. 445/2000 e s.m.i., dichiara che tutti i dati e le situazioni sopra riportate corrispondono a verità.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt\_ , inoltre, autorizza l'Azienda Asl Roma 4 al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente dichiarazione per le finalità ad essa inerenti.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_