



UOC Gestione del Personale Convenzionato
Dr.ssa Maria Domenica Libertini

e-mail: personale.convenzione@aslroma2.it
pec: risorse_umane_convenzionate@pec.aslroma2.it

**AVVISO PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITA'
PER INCARICHI A TEMPO DETERMINATO NELLE ATTIVITA' DELLA MEDICINA DEI
SERVIZI NELL'ANNO 2024**

Si comunica che ai sensi dell'art. 19, comma 6, del vigente ACN della Medicina generale, questa Azienda intende indire avviso per la formazione di una graduatoria di disponibilità aziendale, valida per l'anno 2024, da utilizzare per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione nelle Attività della Medicina dei Servizi.

Il relativo elenco aziendale aggiornato dei medici disponibili per incarichi provvisori e di sostituzione, sarà redatto secondo i criteri e le priorità stabiliti nell'Accordo Integrativo Regionale vigente.

Al presente elenco, da utilizzare esclusivamente nel caso in cui l'Azienda non sia riuscita a coprire i turni vacanti e per un periodo non superiore a tre mesi annui, possono essere inseriti a domanda, i medici, nell'ordine sotto indicato:

- 1) **Medici inseriti nella Graduatoria regionale definitiva della Medicina Generale valida per l'anno 2024 pubblicata sul BURL n. 96 del 30 novembre 2023, con priorità per i medici residenti nell'Asl RM2, tenuto conto delle compatibilità previste dall'ACN;**
- 2) **Medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;**
- 3) **Medici iscritti al corso di formazione in medicina generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni per le quali possono concorrere anche gli iscritti a tale corso in altre Regioni;**

Inoltre ai sensi dell'art. 19, comma 11 della L. 28 dicembre 2001, n.448, per il solo affidamento di sostituzione

- a) **Medici abilitati dopo il 31/12/1994, con priorità per i medici residenti nell'ASL RM2, graduati secondo i seguenti criteri: minore età al conseguimento della laurea, voto di laurea, anzianità di laurea;**
- b) **Medici iscritti ai corsi di specializzazione**

La domanda, in bollo, redatta e compilata integralmente su fac-simile allegato al presente avviso dovrà essere inviata, esclusivamente, al seguente indirizzo e-mail: personale.convenzione@aslroma2.it.

La graduatoria sarà pubblicata sul sito internet aziendale: www.aslroma2.it, Concorsi.

Roma,

**IL Direttore della UOC Gestione del Personale Convenzionato
Dott.ssa Maria Domenica Libertini**

MARCA DA BOLLO
vigente
€ 16.00

AZIENDA A.S.L. RM2

U.O.C. Gestione del Personale Convenzionato

E-MAIL: personale.convenzione@aslroma2.it

PEC: risorse_umane_convenzionate@pec.aslroma2.it

DISPONIBILITA' ELENCO

PER IL CONFERIMENTO INCARICO A TEMPO DETERMINATO NELLE ATTIVITA' DELLA MEDICINA DEI SERVIZI PER L'ANNO 2024.

Il sottoscritto Dr. _____

Nato a _____ il _____ data del conseguimento del diploma

di laurea _____ voto di laurea _____, abilitazione _____

CELL. _____

E-MAIL _____

PEC: _____

dà la propria disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato, nelle attività della medicina dei servizi presso la A.S.L. RM 2.

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità di non essere in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall' art. 21 dell' A.C.N. e dell' A.C.R vigenti.

che la sua posizione in relazione ad incarichi o rapporti compatibili è la seguente:

° di essere/non essere iscritto nella Graduatoria Unica Regionale Definitiva per la MG per l'anno 2024

posizione _____ con punti _____;

○ Di essere/non essere titolare di incarico di Assistenza Primaria presso _____ dal _____ con massimale n. _____ assistiti n. _____;

○ Di essere/non essere titolare di incarico nella Continuità Assistenziale per n. ore _____ presso _____ dal _____ al _____

○ Medicina dei Servizi Territoriali a tempo determinato / indeterminato per n. ore _____ presso _____

° Di essere/non essere iscritto al corso di formazione in medicina generale, dal _____ al _____ anno del corso _____

° di essere/non essere iscritto a scuola di specializzazione dal _____ al _____

° di avere in corso il seguente rapporto di lavoro (indicare ente, tipologia rapporto, decorrenza, impegno orario, sede) _____

○ di avere/non avere condanne o procedimenti penali in corso _____

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs, 196/03 e successive modificazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

DATA _____

FIRMA _____