

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 DA UTILIZZARE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO E/O SOSTITUZIONI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA ANNO 2024- RM2.

In relazione al disposto di cui all'art.19, comma 7, dell'ACN vigente per la disciplina dei rapporti con i medici Pediatri di libera scelta, viene indetto il presente avviso per la formazione di graduatoria da utilizzarsi per il conferimento di incarichi a tempo determinato/sostituzione nell'attività dei Pediatria di libera scelta.

Come previsto dall'art. 19, comma 7 dell'ACN della Pediatria di libera scelta vigente, possono partecipare all'avviso i sotto indicati medici le cui domande saranno graduate secondo l'ordine seguente:

- a)-Pediatri iscritti nella vigente graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
- b)-Pediatri che abbiano acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale.

I pediatri di cui al punto b) saranno graduati nell'ordine dell'anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

I requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza dell'avviso fissata **al 15 gennaio 2024**.

I candidati dovranno presentare apposita domanda, in bollo, di disponibilità tramite fac-simile allegato, da inviare, esclusivamente al seguente indirizzo e-mail: personale.convenzione@aslroma2.it, oppure alla pec: risorse_umane_convenzionate@pec.aslroma2.it

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

**IL DIRETTORE UOC GESTIONE DEL PERSONALE CONVENZIONATO
Dott.ssa Maria Domenica Libertini**



e-mail: personale.convenzione@aslroma2.it

pec: risorse_umane_convenzionate@pec.aslroma2.it

**DISPONIBILITA' AVVISO
CONFERIMENTO INCARICO A TEMPO DETERMINATO E/O SOSTITUZIONI DI PEDIATRIA DI
LIBERA SCELTA PER L'ANNO 2024.**

Marca da
bollo
Vigente
€ 16,00

Il sottoscritto Dott. _____ M F

nato il _____ a _____ (Prov. _____) C.F. _____

Residenza _____ n _____

Comune _____ CAP _____ (Prov. _____) tel _____

cell _____ e-mail (LEGGIBILE) _____

PEC (LEGGIBILE) _____

POSIZIONE IN GRADUATORIA REGIONALE DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA PER L'ANNO 2023:

**Manifesta la propria disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato e/o sostituzioni
presso la ASL Roma 2**

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione
o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

1. di possedere la laurea in Medicina e Chirurgia, **conseguita in data**/...../..... **con voto**
 senza lode **con lode**, presso l'Università

2. di essere in possesso della seguente **specializzazione in:**
conseguita il/...../..... presso l'Università **con voto**
 senza lode **con lode**

3. **di avere/non avere condanne penali**
di avere/non avere procedimenti penali in corso

4. di non essere in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17 dell'ACN della Pediatria di
Libera Scelta

*Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, che i
dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente
procedimento.*

Data..... Firma per esteso.....