

UOC Gestione del personale Convenzionato

Dirigente Dr. Luca De Lucia

Email: personale.convenzione@aslroma2.it

Pec: risorse_umane_convenzionate@pec.aslroma2.it

Scadenza Avviso: 27.12.2024

**AVVISO PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITÀ
PER EVENTUALI INCARICHI PROVVISORI O AFFIDAMENTO SOSTITUZIONI DI
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
ANNO 2025**

La Regione Lazio ha pubblicato sul Bollettino telematico della Regione Lazio n. 90 del 07.11.2024, la graduatoria definitiva della pediatria di libera scelta valida per l'anno 2025.

In ottemperanza a quanto previsto dall'art 19 comma 7 del vigente ACN, l'Azienda ASL Roma 1 dispone di realizzare una graduatoria Aziendale dei Pediatri di Libera Scelta da utilizzare nei casi in cui sia necessario attribuire incarichi a tempo determinato/di sostituzione volti a garantire l'assistenza ai cittadini.

Detta graduatoria Aziendale sarà redatta secondo il seguente ordine di priorità:

- Pediatri iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
- 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.
- pediatri in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti diversi dalla lettera b).

I pediatri di cui alla suddetta lettera b) e c) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

I pediatri interessati **iscritti** nella graduatoria regionale definitiva valida per l'anno 2025 di cui alla determinazione Regione Lazio del 31 ottobre 2024 n. G14505 e pubblicata in data 07/11/2024 sul BURL n. 90 e **non iscritti** nella suddetta graduatoria ma specializzati in pediatria o discipline equipollenti- tabella B del DM 30 gennaio 1998 e s.m.i., dovranno far pervenire la domanda di partecipazione entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione del presente Avviso sul sito istituzionale, redatta utilizzando esclusivamente lo schema di domanda allegato al presente Avviso, sottoscritta e debitamente compilata in modo leggibile in ogni sua parte e con allegata la copia non autenticata di un documento di identità valido e corredata da marca da bollo e modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo.

Gli uffici aziendali preposti si riservano la facoltà di richiedere ogni utile documentazione ai medici aspiranti.

La domanda di partecipazione e i relativi allegati (**unico pdf dimensione massima 30 MB**) dovranno essere **trasmessi entro il termine di scadenza sopra indicato al seguente indirizzo PEC risorse_umane_convenzionate@pec.aslroma2.it**

Si comunica che gli eventuali incarichi provvisori e di sostituzione che dovessero rendersi disponibili verranno proposti mediante apposita comunicazione all'indirizzo e-mail (posta elettronica ordinaria) fornito obbligatoriamente dagli aspiranti sulla domanda di inclusione nella graduatoria aziendale.

Eventuali domande giunte successivamente saranno inserite in appositi elenchi e graduate con i medesimi criteri sopra indicati. Tali elenchi saranno utilizzati solo in caso di indisponibilità dei medici già inseriti nella graduatoria aziendale di cui al presente Avviso.

Gli incarichi non sono conferibili a chi versi in condizioni di incompatibilità, secondo quanto disposto dall'art. 20 del vigente ACN per la Pediatria di libera scelta.

L'Azienda declina ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte comunicazioni del recapito da parte del medico aspirante o da mancata o tardiva comunicazione dell'indirizzo email indicato cui inviare le comunicazioni o per eventuali ritardi o disguidi non imputabili all'amministrazione.

L'Azienda si riserva la facoltà di annullare, prorogare, sospendere o 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 Dirigente UOC Gestione del Personale
Convenzionato
Dr. Luca De Lucia



**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO DOVUTA PER LA
PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

(da allegare alla domanda di partecipazione all'Avviso per la formazione della graduatoria aziendale di pediatria di libera scelta per l'anno 2025)

Il sottoscritto consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale (art. 75 e 76 DPR 28.12.2000 n. 445) trasmette la presente dichiarazione, attestando ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445 quanto segue:

**Spazio per l'apposizione
della marca da bollo da €
16,00 da annullare con
data e firma**

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____
nato/a il _____ a _____ provincia di _____
Codice Fiscale _____ residente in _____
via _____ n. _____

DICHIARA

- Di aver provveduto al pagamento dell'imposta dovuta per la domanda di partecipazione all'Avviso prot. n. _____ del _____ per la formazione della Graduatoria Aziendale ASL Roma 2 di disponibilità da utilizzarsi per il conferimento di incarichi provvisori e sostituzione di Pediatria di Libera Scelta anno 2025 con la marca da bollo sopra apposta e annullata:
Numero identificativo della marca da bollo (14 cifre) _____ del _____
- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate, pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Luogo e data

Firma autografa leggibile

N.B.

- 1) Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto con firma autografa leggibile del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di partecipazione all'Avviso per la formazione della graduatoria aziendale per il conferimento di incarichi provvisori e sostituzione di pediatria di libera scelta valevole per l'anno 2025.
- 2) **La marca da bollo**, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa e parte del modulo.
- 3) Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato sia nel presente modulo che nell'apposito spazio posto sulla domanda di partecipazione.

ASL Roma 2

Uoc Personale a Convenzione

Viale Bruno Rizzieri 226

00173 Roma Rm

N. codice identificativo marca da bollo (14 cifre)

pec risorse_umane_convenzionate@pec.aslroma2.it

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'avviso per la formazione della Graduatoria Aziendale ASL ROMA 2 di disponibilità da utilizzarsi per il conferimento di incarichi provvisori e sostituzione di Pediatria di Libera Scelta anno 2025

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a il _____ a _____ provincia di _____

Codice Fiscale _____ residente in _____

via _____ n. _____

tel. _____ recapito cell. _____

e - mail posta ordinaria (obbligatoria) _____ PEC(obbligatoria) _____

chiede di partecipare all'avviso in oggetto,

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali previste per coloro che rilasciano dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 DPR

445/00 e s.m.i., **dichiara:**

1) di essere:

- ☐ a) di essere in possesso di Diploma di Laurea e Chirurgia conseguito presso l'università degli studi di _____ in data _____ con voto e abilitato all'esercizio professionale il _____ a _____
- ☐ b) di essere attualmente iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ al n. _____ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico.
- ☐ c) pediatra inserito nella graduatoria Regionale (Regione Lazio) di Pediatria 2025
- ☐ d) pediatra NON inserito nella graduatoria Regionale (Regione Lazio) e di aver acquisito la specializzazione in Pediatria o disciplina equipollente (se equipollente specificare disciplina) _____ successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31.1.24) presso _____ in data _____ con votazione _____
- ☐ e) pediatra NON inserito nella graduatoria Regionale (Regione Lazio) e di essere in possesso della specializzazione in Pediatria o disciplina equipollente (se equipollente specificare disciplina) _____ (diversi dalla lettera b) presso _____ in data _____ con votazione _____

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo e-mail (PEO) _____

Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione a quanto sopra dichiarato e chiesto.

Autorizza ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003 n.196 e smi il trattamento dei dati personali.

Data _____

Il/la Richiedente _____

n.b. Allega 1) copia documento valido di riconoscimento

2) modulo attestazione di pagamento imposta di bollo