



**REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO**

www.aslavellino.it

**U.O.C. Cure Primarie**

Direttore f.f. dott.ssa Immacolata Giusto

Tel e fax 0825/292076 - 0825/292050

[uoccureprimarie@aslavellino.it](mailto:uoccureprimarie@aslavellino.it)

[uoccureprimarie@pec.aslavellino.it](mailto:uoccureprimarie@pec.aslavellino.it)

**AVVISO**

**MOBILITA' INTRAZIENDALE MEDICI TITOLARI CONVENZIONATI**

**EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE E COT**

**II SEMESTRE ANNO 2025**

**Finalità**

1. E' indetto Avviso riservato ai Medici convenzionati titolari a tempo indeterminato del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale di Avellino, interessati al trasferimento intraziendale presso le sedi disponibili SAUT e COT.
2. Si dà atto che, con nota prot. n. 72797 del 12/08/2025, sono state individuate dal Direttore della UOC Emergenza Sanitaria Territoriale n. 52 postazioni carenti SAUT e n. 3 COT come rappresentate da prospetto di dettaglio che segue:

<b>Postazione SAUT</b>	<b>N. carenze</b>
Ariano Irpino	4
Atripalda	3
Avellino 1 e 2	6
Baiano	1
Bisaccia (SAUT/PSAUT)	8
Calitri	4
Cervinara	5
Lauro	3
Montella	4
Montemiletto	5

Sant'Angelo dei Lombardi	3
Solofra	4
Vallata	2
COT	3
<b>Tot. 55</b>	

## ART. 1

### Requisiti di ammissione

Possono presentare domanda di trasferimento intraziendale soltanto i Medici incaricati in regime di convenzione a tempo indeterminato per 38 h settimanali nel servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale di questa Azienda Sanitaria Locale di Avellino.

## ART. 2

### Domanda di partecipazione

1. Nella domanda di partecipazione il medico aspirante a trasferirsi presso una delle suddette postazioni deve dichiarare, sotto la propria responsabilità, tutto quanto indicato nello schema di domanda (allegato A), redatta in bollo, unitamente a copia di documento di identità in corso di validità.

2. La domanda di partecipazione dovrà essere inviata, in formato Pdf, entro e non oltre sette giorni dalla pubblicazione del presente Avviso sul sito istituzionale dell'ASL (scad. 20/10/2025, ore 12,00), esclusivamente tramite PEC al seguente indirizzo: [uoccurepprimarie@pec.aslavellino.it](mailto:uoccurepprimarie@pec.aslavellino.it).

La pec dovrà riportare come oggetto: "Mobilità EST II Semestre 2025". Si precisa che il termine di arrivo è tassativo e farà fede la data di ricezione per la trasmissione a mezzo pec.

Con la produzione delle domande i candidati accettano le condizioni previste dal presente bando.

3. Potranno essere indicate non più di tre (3) postazioni in ordine di preferenza (decrescente) e, in caso di più candidati per la stessa postazione, verranno seguiti i seguenti criteri di priorità:

1. maggiore anzianità di servizio maturata esclusivamente a tempo indeterminato nel servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale (in tal caso, l'aspirante dovrà dettagliare nella domanda il periodo di servizio e l'amministrazione di riferimento);
2. anzianità di laurea;
3. voto di laurea;
4. minore età alla laurea.

**ART. 3**  
**Motivi di esclusione**

Sono esclusi dai trasferimenti di che trattasi i medici che:

- abbiano fatto pervenire la domanda oltre il termine perentorio per come indicato dal precedente art. 2;
- non abbiano presentato le domande di ammissione in bollo;
- non siano in possesso dei requisiti specifici di ammissione.

**Allegato:**

**modello di domanda**

**Il Funzionario Incaricato**  
dr.ssa Elisa Iannaccone

**Il Direttore ff. della UOC Cure Primarie**  
dott.ssa Immacolata Giusto

**DOMANDA DI MOBILITA' INTERNA**  
**PER LA COPERTURA DELLE POSTAZIONI DI LAVORO DI EMERGENZA SANITARIA**  
**TERRITORIALE DICHIARATE CARENTI NELL'ASL DI AVELLINO - ANNO 2025**

All'ASL di Avellino  
UOC Cure Primarie  
**[uoccureprimarie@pec.aslavellino.it](mailto:uoccureprimarie@pec.aslavellino.it)**

Il/la Dr/Dr.ssa.....

nato/a a ..... (Prov.....) il .....

Codice Fiscale.....

Comune di Residenza..... (Prov.....)

Via/Piazza.....n.....

cap.....

cell.....

PEC.....

dichiarando di aver preso visione dell'avviso di mobilità interna per la copertura delle postazioni di lavoro di Emergenza Sanitaria Territoriale, delle modalità di partecipazione alla procedura indetta e dei criteri individuati per la loro formazione,

**CHIEDE DI ESSERE TRASFERITO PRESSO LE SEGUENTI POSTAZIONI**

(indicare una o più postazioni in ordine di preferenza (massimo 3))

1. \_\_\_\_\_,
2. \_\_\_\_\_,
3. \_\_\_\_\_.

A tal fine, ai sensi del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi, nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni, sotto la propria responsabilità (art.76 D.P.R. n.445/2000):

**DICHIARA**

- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_\_ presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_;
- di essere attualmente titolare di incarico di Emergenza Sanitaria Territoriale a 38 h settimanali presso .....
- di aver svolto attività convenzionata a tempo indeterminato di Medico di Emergenza Sanitaria Territoriale, ai sensi del vigente ACN per la Medicina Generale, presso le seguenti ASL nei periodi indicati:

ASL di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

ASL di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

ASL di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- di eleggere per le comunicazioni del presente Avviso l'indirizzo PEC sopra riportato

Allega alla presente valido documento di identità

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_