



**REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it**

**U.O.C. Cure Primarie
Il Direttore f.f.
dott.ssa Immacolata Giusto
mail:uoccurerprimarie@aslavellino.it
Tel./fax 0825/292076 - 0825/292050**

**Avviso di Mobilità aziendale anno 2025 riservato ai Medici Titolari a tempo
indeterminato di incarico di Assistenza Primaria ad Attività Oraria.**

Preso atto che:

- la Regione Campania dovrà assegnare le zone Carenti anno 2025 relative al servizio di Assistenza Primaria ad Attività Oraria;
- l'ASL Avellino dovrà procedere al conferimento definitivo di incarichi del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad Attività Oraria ai Medici aventi diritto individuati dalla Regione Campania;

Ritenuto

- di dover dare, in via prioritaria, la possibilità ai Medici già titolari del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad Attività Oraria, operanti nei Presidi sanitari dell' ASL di Avellino, di trasferirsi nell'ambito dei posti vacanti alla data di pubblicazione del presente avviso;

Visti

- il Decreto Dirigenziale n. 42 del 18/09/2024, di presa atto dell'assegnazione degli incarichi di Medico del ruolo unico di Assistenza Primaria ad Attività Oraria anno 2024;
- il Decreto Dirigenziale n. 2 dell'08/01/2025, di presa atto dell'assegnazione degli ulteriori incarichi vacanti di Medico del ruolo unico di Assistenza Primaria ad Attività Oraria anno 2024 ai sensi dei commi 17 e 18 dell'art. 34 dell'ACN 2022;

E' INDETTO AVVISO

di Mobilità interna aziendale riservato ai Medici Titolari di Assistenza Primaria ad Attività Oraria, ai sensi dell'art. 32, comma 9, del vigente ACN MMG 2024 e dell'art. 3, comma 5, Capo IV, del vigente AIR MMG, per i seguenti Presidi sanitari dell'ASL AV:

ATRIPALDA DS5	ATRIPALDA
	MONTEFALCIONE
	MONTEMARANO
	MONTEMILETTO
	MONTORO
	SAN MANGO
	SERINO
	VOLTURARA IRPINA
BAIANO DS6	BAIANO
	LAURO

Possono partecipare a tale Avviso di mobilità solo i Medici Titolari di incarico di Assistenza Primaria ad Attività Oraria in servizio presso questa ASL.

I Medici interessati a trasferirsi presso uno dei suddetti Presidi sanitari sono invitati ad inviare, entro e non oltre la data del **10/03/2025, ore 12,00**, la domanda secondo il modello facsimile allegato, unitamente a copia del documento di identità in corso di validità.

La domanda dovrà essere inviata, in formato Pdf, alla U.O.C. Cure Primarie esclusivamente tramite PEC (posta elettronica certificata) all'indirizzo: uoccureprimarie@pec.aslavellino.it.

La PEC dovrà riportare come oggetto: "Mobilità Assistenza Primaria ad Attività Oraria 2025".

Si precisa che il termine di scadenza è tassativo e farà fede la data di avvenuta ricezione della PEC.

Potranno essere indicati non più di tre (3) Presidi in ordine di preferenza decrescente e, in caso di più candidati per la stessa sede, verranno seguiti i seguenti criteri di priorità:

1. Maggiore anzianità di servizio maturata esclusivamente a tempo indeterminato nel servizio di Assistenza Primaria ad Attività Oraria (in tal caso, l'aspirante dovrà dettagliare nella domanda il periodo di servizio e l'amministrazione di riferimento)
2. A parità di anzianità prevalgono nell'ordine: minore età; voto di laurea; anzianità di laurea.

Allegato: modello di domanda

Il Funzionario Incaricato
dr.ssa Elisa Iannaccone

Il Direttore f.s. U.O.C. Cure Primarie
dott.ssa Immacolata Giusto

DISTRETTO	PRESIDIO
ARIANO IRPINO DS1	ARIANO IRPINO
	FONTANAROSA
	GESUALDO
	GRECI
	MIRABELLA
	MONTECALVO
	MONTAGUTO
	VILLANOVA
	S. NICOLA BARONIA
MONTEFORTE IRPINO DS2	FORINO
	MERCOGLIANO
SANT'ANGELO DEI LOMBARDI DS3	ANDRETTA
	AQUILONIA
	BISACCIA
	CALABRITTO
	GUARDIA LOMBARDI
	LACEDONIA
	LIONI
	MONTEVERDE
	NUSCO
	S. ANDREA CONZA
	TEORA
AVELLINO DS4	ALTAVILLA IRPINA
	AVELLINO
	PRATOLA SERRA
	SAN MARTINO



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

OGGETTO: Domanda di partecipazione alla Mobilità aziendale nei Presidi di Assistenza Primaria ad Attività Oraria Anno 2025.

Il/la sottoscritt Dott. _____ nat. a _____
residente in _____ il _____/_____
n. _____ alla via _____

CHIEDE

di partecipare alla mobilità aziendale riservata ai Medici Titolari di Assistenza Primaria ad Attività Oraria relativamente ai Presidi

di seguito indicati secondo l'ordine di preferenza:

1) _____

2) _____

3) _____

A tal scopo l scrivente dichiara:

1. di essere Titolare di Assistenza Primaria ad Attività Oraria presso il Presidio
di _____ Distretto di _____ dal _____;

2. di aver conseguito la laurea il _____ presso l'Università degli Studi di _____ riportando il seguente voto _____;
3. di non trovarsi in posizione di incompatibilità per il conferimento dell'incarico in questione;
4. che i dati riportati nel suddetto prospetto sono corrispondenti al vero e di essere consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni mendaci e da falsità negli atti, così come previsto dall'art. 26 della Legge n. 15 del 04/01/1968 e ss.mm.ii..

Si impegna, altresì, con la presente, a comunicare ogni eventuale variazione inerente la propria posizione di compatibilità.

I sottoscritto comunica che il recapito per eventuali comunicazioni d'ufficio è il seguente:

Comune _____ () CAP _____ Via _____

n. _____ Tel _____ / _____;
Cell. _____; PEC _____

Informativa ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30 Gennaio 2003: i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per i quali vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Lì _____ / ____ / ____

In fede