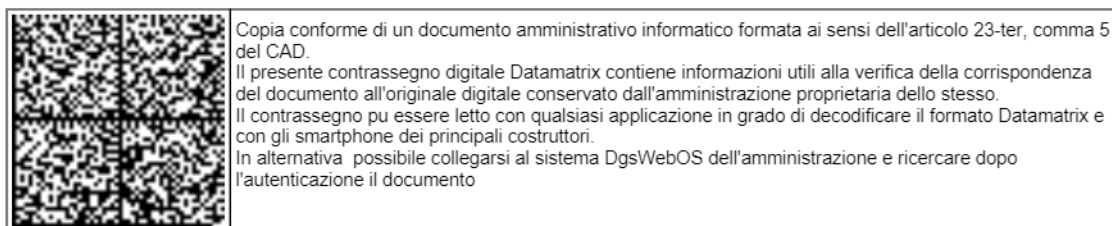


ASL Avellino

L' art. 23 del Codice dell'Amministrazione Digitale (Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e s.m.i.), riconosce alle copie analogiche di documenti informatici (es. la stampa di un certificato, un contratto, ecc.) la stessa efficacia probatoria dell'originale informatico da cui sono tratti se la loro conformità non viene espressamente disconosciuta (in giudizio). Diverso il caso in cui la conformità all'originale informatico, in tutte le sue componenti, sia attestata da un pubblico ufficiale autorizzato. In questo caso, infatti, per negare alla copia analogica di documento informatico la stessa efficacia probatoria del documento sorgente si rende necessaria la querela di falso.

Questo regime, di carattere generale, incontra alcune deroghe rispetto alle copie analogiche di documenti amministrativi informatici.

L'art. 23-ter del CAD prevede che sulle copie analogiche di documenti amministrativi informatici possa essere apposto un contrassegno a stampa (detto anche timbro digitale o glifo) che consente di accertare la corrispondenza tra le copie analogiche stesse e l'originale informatico (in esso deve essere codificato, infatti, il documento informatico o le informazioni necessarie a verificarne la corrispondenza all'originale in formato digitale). La verifica avviene grazie ad appositi software che leggono le informazioni contenute nel timbro digitale. I software necessari per l'attività di verifica devono essere gratuiti e messi liberamente a disposizione da parte delle amministrazioni.



Impronta del documento digitale originale: df7c99786e1080e6f2fd31d711c93b4a

Identificativo del documento digitale originale: 143810

Protocollo: ASLAV-0003048-2023 10-01-2023 13:26:46



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
 www.aslavellino.it

U.O.C. Cure Primarie

Direttore f.f. dott.ssa Immacolata Giusto

uoccureprimarie@aslavellino.it

tel/fax 0825/292076

AVVISO PER UN INCARICO PROVVISORIO DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

È indetto Avviso per il conferimento di **un incarico provvisorio per la Pediatria di Libera scelta**, di durata massima di 12 mesi, ovvero fino alla data di inserimento del medico titolare avente diritto all'incarico a tempo indeterminato, secondo le modalità previste dall'art. 35 del vigente Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta nel

Comune di Mercogliano (Ambito Territoriale 2 - DS2)

DECORRENZA: 01/02/2023

REQUISITI PER L'AMMISSIONE

Possono presentare domanda di partecipazione all'incarico di cui trattasi i pediatri di libera scelta iscritti all'albo professionale, inseriti nella vigente graduatoria aziendale (atto deliberativo n.389 del 15/03/2022) ed in subordine i medici inseriti nella vigente graduatoria regionale di settore.

Nella domanda, di cui all'allegato n° 1, da inviare firmata esclusivamente al seguente indirizzo pec: **uoccureprimarie@pec.aslavellino.it** **entro il 17/01/2023**, allegando copia di un documento di identità, il candidato dovrà dichiarare sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità, amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio):

- a) la data, il luogo di nascita e la residenza;
- b) iscrizione all'albo professionale;
- c) posizione ricoperta nella vigente graduatoria aziendale della Pediatria di Libera Scelta, con relativo punteggio;
- d) posizione ricoperta nella vigente graduatoria regionale della Pediatria di Libera Scelta, con relativo punteggio;
- e) il domicilio o l'indirizzo presso il quale devono, ad ogni effetto, essere inviate le necessarie comunicazioni. In caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto, la residenza indicata alla lettera a);
- f) recapito telefonico, l'indirizzo pec e/o di posta elettronica;
- g) di far cessare, entro la data di decorrenza dell'incarico in parola, eventuali situazioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa (ACN PLS).

La presentazione della domanda per ricoprire l'incarico in oggetto è considerata - ad ogni effetto - immediatamente impegnativa per i medici resisi disponibili.

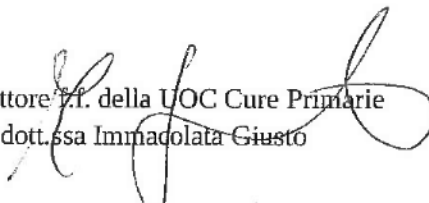
L'incarico sarà assegnato, in condizioni di compatibilità, nel rispetto della graduatoria aziendale, ed in subordine nel rispetto della graduatoria regionale con priorità per i medici residenti nell'ambito carente.

L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso, o parte di esso, nonché di riaprire i termini, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

Per eventuali, ulteriori informazioni, gli interessati potranno rivolgersi all'UOC Cure Primarie tel. 0825/292076 – 0825/292135 – 0825/292062.

Allegato: 1) modello di domanda

Il Direttore M. della UOC Cure Primarie
dott.ssa Immacolata Giusto



<p align="center">CONFERIMENTO INCARICO PROVVISORIO PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA ART.35 ACN PLS 28 APRILE 2022</p>

Azienda Sanitaria Locale Avellino
UOC Cure Primarie

Il/la sottoscritto/ Dott/Dott.ssa _____
 Nato/a _____ prov. _____ il _____ residente a _____
 _____ prov. _____ Via _____
 n. _____
 CAP _____ tel. _____ Cell: _____
 Codice Fiscale _____ e-mail _____
 PEC.. _____

Intende presentare domanda per ricoprire l'incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta, con decorrenza 01/02/2023 , nel

☐ **Comune di Mercogliano (Distretto Sanitario 2 - Ambito Territoriale 2)**

A tal fine, consapevole che il rilascio di dichiarazioni mendaci, la formazione di atti falsi ed il loro uso è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia e che, in caso di non veridicità della dichiarazione, è prevista la decadenza dai benefici acquisiti sulla base della medesima, come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28712/2000, n.445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", ai sensi degli artt. 46 e 47 dello stesso D.P.R.

DICHIARA

- a) di essere nato/a a _____ il _____ e di risiedere attualmente a _____
 _____ in via _____
- b) di essersi laureato/a in Medicina e Chirurgia a _____ il _____ con voto _____
 _____ ed abilitato/a il _____, a _____
- c) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____
 al n° _____ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;
- d) di essere inserito nella graduatoria aziendale definitiva di disponibilità, pubblicata con atto deliberativo n.389 del 15/03/2022, alla posizione _____ con punti _____;
- e) di non aver riportato condanne per reati contro la pubblica amministrazione(codice penale libro II, titolo II) e non avere procedimenti penali pendenti per i medesimi reati;
- f) di accettare tutte le indicazioni contenute nel bando e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, finalizzato alla gestione della procedura concorsuale e degli adempimenti conseguenti;
- g) di far cessare, entro la data di decorrenza dell'incarico, eventuali situazioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa;

h) di accettare che la presentazione della domanda per ricoprire l'incarico è considerata – ad ogni effetto - immediatamente impegnativa.

(Informativa privacy)

Di essere informato che ai sensi del D.lgs. 30/06/2003, n.196 e s.m.i., (“Codice in materia di protezione dei dati personali”), i dati personali, anche di natura sensibile o giudiziaria, forniti in relazione alla presente procedura, saranno trattati esclusivamente per le finalità di gestione della medesima e del rapporto contrattuale ad essa conseguente.

In fede

Data _____

Firma _____