



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

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

AVVISO PER GLI INCARICHI DI C.A. ED EST MESE DI MAGGIO 2025

SI COMUNICA CHE LA SEDUTA PER IL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI DI SOSTITUZIONE DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ED EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE RELATIVI AL MESE DI MAGGIO 2025 SI TERRÀ IL GIORNO 14/04/2025 DALLE ORE 09,00 ALLE ORE 14,00 PRESSO L'AULA PASTORI DELL'ASL DI AVELLINO ALLA VIA DEGLI IMBIMBO 10/12.

SI PRECISA CHE LA PRESENTE CONVOCAZIONE È VALIDA ESCLUSIVAMENTE PER I MEDICI CHE NON HANNO ALCUN INCARICO IN CORSO O PER COLORO CHE HANNO INCARICHI CON SCADENZA AL 30/04/2025

GLI STESSI DOVRANNO PRESENTARSI SECONDO L'ORDINE CRONOLOGICO RIPORTATO, NELLA GRADUATORIA AZIENDALE:

DALLE ORE 09,00 ALLE ORE 09,30 DAL N°1 AL N°200;
 DALLE ORE 09,30 ALLE ORE 10,00 DAL N°201 AL N°230;
 DALLE ORE 10,00 ALLE ORE 10,30 DAL N°231 AL N°260;
 DALLE ORE 10,30 ALLE ORE 11,00 DAL N°261 AL N°300;
 DALLE ORE 11,00 ALLE ORE 11,30 DAL N°301 AL N°370;
 DALLE ORE 11,30 ALLE ORE 12,00 DAL N°371 AL N°501;

PER I MEDICI INSERITI NELL'ELENCO DI DISPONIBILITÀ ALLEGATO:

DALLE ORE 12,00 ALLE ORE 12,15 Medici inseriti nell'elenco disponibilità.
 A seguire saranno interpellati coloro i quali hanno dato la disponibilità successivamente alla pubblicazione della seduta.
 Per i medici inseriti negli elenchi di disponibilità si precisa che per esigenze aziendali devono essere assegnate in via prioritaria le sedi ove sussistono più carenze.

ALLE ORE 13,00 ALLE ORE 13,15 I MEDICI PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI EST.

SI INVITA A RISPETTARE L'ORARIO DI CONVOCAZIONE - GLI INTERESSATI SONO TENUTI A PRESENTARE AUTOCERTIFICAZIONE GIA' COMPILATA E COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITÀ

Sig.ra Mirella Fiore

Dr.ssa Elisa Immaccone

Il Direttore f.f. UOC Cure Primarie
 Dr.ssa Immacolata Giusto



AZIENDA SANITARIA LOCALE

AVELLINO

U.O.C. Cure Primarie

Direttore f.f.

Dr.ssa Immacolata Giusto

e-mail : cureprimarie@aslavellino.it

REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

DISPONIBILITA' DAL MESE MAGGIO 2025 RESIDENTI

NOMINATIVO	MAGGIO 2025
MALANGA GIOVANNA	INVITO
MOLINARIO MARIA ELENA	INVITO
SILANO BENEDETTA	INVITO
CASCIELLO ANIELLO MATTIA	INVITO
PEZZA GIOVANNA	INVITO

DISPONIBILITA' DAL MESE MAGGIO 2025 NON RESIDENTI

NOMINATIVO	MAGGIO 2025
PARRELLA ROSARIA	INVITO
MACAGNINO GIANLUCA	INVITO
FIORINELLI VINCENZO	INVITO
POLISO GIANLUCA	INVITO
SALVATI LUCA	INVITO
CARAGLIA FRANCESCO	INVITO
IORIO RAFFAELE FEDERICO	INVITO
SCOPELLITI NICOLETTA	INVITO
PRISCO MAURIZIO ALESSANDRO	INVITO
ORRERA ALESSANDRO	INVITO
MUTO FEDERICA	INVITO
PACILIO ANNA MICHELA	INVITO
FIGLIOLINO LINA	INVITO
URSINO MANUELA	INVITO
CUSANO RAFFAELE	INVITO
GUIDOTTI LAURA	INVITO



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

U.O. C. Cure Primarie
Direttore ff.
Dr.ssa Immacolata Giusto
e-mail:uoccureprimarie@aslavellino.it

Il sottoscritto dott. _____

Nato a _____ il _____

residente a _____ alla Via _____ CAP _____

Telefono _____ pec/mail _____

- Incluso nella vigente graduatoria regionale (Decreto Dirigenziale n. 58 del 13/12/2024 pubblicato sul BURC n. 85 del 16/12/2024)
- Incluso nella vigente graduatoria aziendale (Delibera ASL n. 469 del 31/03/2025)
- ACCETTA**
- RINUNCIA**
- L' INCARICO PROVVISORIO A TEMPO DETERMINATO** di Assistenza Primaria ad Attività Oraria
- L' INCARICO DI SOSTITUZIONE** di Assistenza Primaria ad Attività Oraria

pari a 24 ore settimanali presso il Presidio di _____ dal _____

al _____ afferente al Distretto di _____

Il presente incarico è disciplinato dal vigente ACN MMG per la regolamentazione dei rapporti con i medici di Medicina Generale, sottoscritto in data 08.02.2024 nonché dal vigente Accordo Integrativo Regionale pubblicato con Decreto n. 16 del 21.01.2020.

Con la presente accettazione il sottoscritto si impegna, pena cancellazione dalla graduatoria aziendale, ad utilizzare il budge per la rilevazione delle presenze.

Si dà atto che un'eventuale rinuncia all'incarico deve essere formalizzata con un preavviso di giorni 10, onde evitare disservizi nell'organizzazione della turnazione.

Si allega:

- dichiarazione di incompatibilità
- copia documento di riconoscimento in corso di validità

Avellino, il _____

il dichiarante

dichiarazione sostitutiva di atto notorio

Sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

DICHIARA

Il sottoscritto dott. _____ nato a _____ il _____

Residente in _____ Via/Piazza _____ n° _____

Iscritto all'Albo dell' ordine dei _____ della Provincia di _____

con il numero iscrizione _____ del _____

Ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 13, dichiara formalmente di:

1) essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente presso soggetti pubblici o privati (2):

Soggetto _____ ore settimanali _____ Via _____

Comune di _____ Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R. _____

con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del D.P.R. _____

Con massimale di n° _____ scelte. Periodo dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ Branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ Branca _____ ore settimanali _____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2):

Provincia _____ Branca _____ Periodo dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 comma del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni:

Azienda _____ Via _____ Tipo di attività _____

Periodo dal _____

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione _____
o in altra regione (2):

Regione _____ Azienda _____ ore settimanali _____

in forma attiva/in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al D.Lgs. n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.Lgs. n° 368/99:

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____ inizio dal _____

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto dei presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni (2):

Organismo _____ ore settimanali _____ Via _____

Comune di _____ Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo dal _____

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazioni ai sensi dell'art. 43, della legge n. 833/78 (2):

Organismo _____ ore settimanali _____ Via _____

Comune di _____ Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo dal _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93:

Azienda _____ ore settimanali _____ Via _____

Comune di _____ Periodo dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelta (2):

Azienda _____ ore settimanali _____ Via _____

Comune di _____ Periodo dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 14/10/1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo dal: _____

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate(indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna):

Periodo dal: _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) (2):

Azienda _____ Comune _____ ore settimanali _____

Tipo di attività _____

Periodo dal: _____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione la medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico _____ Via _____

Comune di _____ Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal: _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo dal: _____

20) fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita (2):

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____

Periodo dal: _____

21) aver/non aver ricevuto l'ultimo incarico a tempo determinato , nella Regione _____

nel periodo dal _____ al _____ presso l'ASL _____

presidio di _____

22) aver/non aver lavorato nel mese corrente a tempo determinato, presso l'ASL _____

presidio di _____

NOTE: _____

DICHIARO CHE LE NOTIZIE SOPRA RIPORTATE CORRISPONDONO AL VERO

Avellino, li _____

In fede

(1) – cancellare la parte che non interessa

(2) – qualora lo spazio non fosse sufficiente, per le notizie richieste, utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTA"