



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavelino.it

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

**AVVISO PER LA PREDISPOSIZIONE DELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI
DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DI EVENTUALI INCARICHI
PROVVISORI, A TEMPO DETERMINATO O ALL'AFFIDAMENTO DI SOSTITUZIONI
PER LE ATTIVITA' DI MEDICINA GENERALE
ANNO 2025**

Preso atto

- che sul BURC n. 58 del 16.12.2024 è stata pubblicata la graduatoria definitiva della Medicina Generale anno 2024, valida per l'anno 2025;

Visto

- l'art.19 comma 6 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale, ai sensi del quale *"Le Aziende, fatte salve diverse determinazioni in sede di AIR relativamente alla tempistica, entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva, pubblicano sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di graduatorie aziendali di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione" secondo il seguente ordine di priorità:*

a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;

b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;

c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni per le quali possano concorrere anche gli iscritti a tale corso in altre Regioni.

Al sensi dell'articolo 19, comma 11, della L.28 dicembre 2001, n.448:

d) medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;

e) medici iscritti ai corsi di specializzazione".

È INDETTO

il presente Avviso per la predisposizione della graduatoria aziendale di disponibilità per il conferimento di eventuali incarichi provvisori, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzioni per le attività di Medicina Generale valida per l'anno 2025.

Termine per la presentazione della domanda

Ai sensi dell'art.19 comma 7, "Le domande di partecipazione all'avviso di cui al comma 6, in ballo, devono essere trasmesse entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione dell'avviso sul sito dell'Azienda (scadenza 17/02/25) fatto salvo il caso di adozione della procedura di cui al comma 3, ultimo capoverso.

I medici di cui al precedente comma, lettere da b) a c) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea".

La domanda di partecipazione all'Avviso deve essere compilata, in modo leggibile ed in ogni sua parte, utilizzando esclusivamente l'apposito schema di domanda allegato.

La domanda di partecipazione, unitamente a copia non autenticata di un documento di identità valido e i relativi allegati dovranno essere trasmessi entro i termini sopra indicati al seguente indirizzo PEC: protocollo@pec.aslavellino.it riportando in oggetto la seguente dicitura: Graduatoria aziendale ASL AV -Medicina Generale— anno 2025.

Il Funzionario Incaricato
Dr.ssa Elisa Iannaceone

Il Direttore U.O.C. Cure Primarie
Dott.ssa Immacolata Giusto



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavelino.it

AL DIRETTORE GENERALE ASL AVELLINO

BOLLO

di euro 16,00
annullare con timbro / sigla
personale

Il/la sottoscritto a dr. _____ nato
a _____
il _____ C.F. _____ residente _____
prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____ telef. _____
_____ cell. _____ email _____
PEC _____

(obbligo di compilare ogni voce scrivendo in stampatello ed in maniera leggibile)

☐ DI ESSERE INSERITO (art. 19 comma 6 ACN vigente) NELLE GRADUATORIE DEI MEDICI
DISPONIBILI PER INCARICHI PROVVISORI E/O A TEMPO DETERMINATO DI CODESTA
AZIENDA

- ☐ medico di Continuità Assistenziale
- ☐ medico presso gli Istituti Penitenziari
- ☐ medico di Emergenza Sanitaria Territoriale (allegare attestato di emergenza)
- ☐ medico di Assistenza Primaria
- ☐ medico reperibile nel Distretto Sanitario di _____ (solo i medici
residenti nell'ambito distrettuale in cui si concorre)

☐ DI ESSERE INSERITO (art. 19 comma 6 ACN vigente) NELLE GRADUATORIE
DEI MEDICI DISPONIBILI PER INCARICHI DI SOSTITUZIONE DI CODESTA AZIENDA

- ☐ medico di Continuità Assistenziale
- ☐ medico presso gli Istituti Penitenziari
- ☐ medico di Emergenza Sanitaria Territoriale (allegare attestato di emergenza)
- ☐ medico di Assistenza Primaria
- ☐ medico reperibile nel Distretto Sanitario di _____ (solo i medici
residenti nell'ambito distrettuale in cui si concorre)

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/200 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio)

DICHIARA

☐ di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto ____/____

☐ di essere in possesso dell'attestato di idoneità al Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale conseguito il _____ presso _____

DICHIARA INOLTRE

di trovarsi nelle condizioni di seguito contrassegnate: (barrare le caselle che interessano)

☐ di essere inserito nella graduatoria di medicina generale della Regione Campania approvata con D.D. n.58 del 13/12/2024 e pubblicata sul BURC n.85 del 16/12/2024 con il seguente punteggio:

Punti _____ Posizione _____

☐ di essere in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito il _____ presso _____

☐ abilitato all'esercizio professionale dopo il 31/12/1994;

☐ di essere iscritto al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

denominazione del corso _____

soggetto pubblico che lo svolge _____ data inizio _____

☐ con borsa

☐ senza borsa

☐ iscritto a scuola di specializzazione (specificare scuola e sede) _____

_____ iscritto al l'anno di corso _____

☐ con contratto di formazione specifica

☐ senza contratto di formazione specifica

Il Sottoscritto dichiara inoltre

Da compilare obbligatoriamente, pena esclusione, di inserimento in graduatoria

☐ di non essere ☐ di essere titolare di incarico di Continuità Assistenziale presso la ASL
distretto di _____ dal _____

☐ di non essere ☐ di essere titolare di Assistenza Primaria presso la ASL
distretto di _____ dal _____

☐ di non essere ☐ di essere titolare di incarico di Emergenza Sanitaria Territoriale presso la
ASL _____ distretto di _____ dal _____

☐ di avere ☐ di non avere altri rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale o altri
Enti _____

(in caso affermativo specificare il tipo di
attività _____
dal _____)

☐ di avere ☐ di non avere presentato analogo domanda alle seguenti Aziende Sanitarie
Locali _____

data _____

firma (per esteso)

N.B.

Alla domanda sottoscritta dall'interessato deve essere allegata una fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

La presente domanda, obbligatoriamente in bollo, deve essere compilata in modo leggibile in ogni sua parte, a pena di esclusione dell'inserimento nella graduatoria, e trasmessa tramite pec al seguente indirizzo: protocollo@pec.aslavellino.it

Al sensi dell'art. 13 del D.lgs 30 giugno 2003, n° 196 la informiamo che i dati verranno trattati esclusivamente per le finalità per i quali sono stati richiesti.