



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

U.O.C. Cure Primarie

Direttore f.f. dott.ssa Immacolata Giusto

uocureprimarie@aslavellino.it

tel/fax 0825/292076 - 0825/292050

**AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO PROVVISORIO DI
ASSISTENZA PENITENZIARIA CASA CIRCONDARIALE DI AVELLINO**

E' indetto avviso per il conferimento di un incarico provvisorio di Assistenza Penitenziaria, di durata non superiore a 12 mesi ovvero fino alla data di inserimento del Medico Titolare avente diritto all'incarico a tempo indeterminato, con decorrenza 01/12/2024, secondo le modalità previste dall'art. 74, comma 3, dell' Accordo Collettivo Nazionale (ACN) di settore, nella Casa Circondariale di Avellino.

REQUISITI PER L'AMMISSIONE

Possono presentare domanda di partecipazione all'incarico di cui trattasi i Medici di Medicina Generale iscritti all'albo professionale, inseriti nella vigente graduatoria aziendale di settore.

Nella domanda, di cui all'allegato n° 1, da inviare firmata esclusivamente all'indirizzo pec: uocureprimarie@pec.aslavellino.it, entro e non oltre il 29/11/2024, ore 12,00), 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 nelle vigenti graduatorie regionale ed aziendale della Medicina Generale, con relativo punteggio;
- d) 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);
- e) recapito telefonico, l'indirizzo pec e/o di posta elettronica;

- f) di far cessare, entro la data di decorrenza dell'incarico in oggetto, eventuali situazioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa (ACN MMG).

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 dell'Azienda stessa.**

L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso, o parte di esso, nonché di riaprire i termini di scadenza, 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 – 0825/292050.

Allegato: 1) modello di domanda

Il Funzionario Incaricato
dr.ssa Elisa Iannaccone

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

**CONFERIMENTO INCARICO PROVVISORIO ASSISTENZA PENITENZIARIA
AI SENSI DELL'ART. 74, COMMA 3 ACN MMG
CASA CIRCONDARIALE DI AVELLINO**

**Azienda Sanitaria Locale
Avellino
UOC Cure Primarie**

Il/la sottoscritto/a

Dott/Dott.ssa _____

Nato/a

a _____

prov. _____

il _____

residente

a _____

prov. _____

Via _____

n. _____

CAP _____

tel. _____

Cell: _____

Codice Fiscale _____

e-mail _____

PEC. _____

Intende presentare domanda per il conferimento di un incarico provvisorio di Assistenza Penitenziaria, con decorrenza 01/12/2024, presso

☐ **Casa Circondariale di Avellino - Distretto Sanitario di Avellino**

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 Regionale Definitiva 2023 valevole per l'anno 2024, pubblicata sul BURC n. 9 del 29/01/2024, alla posizione _____ con punti _____;
- e) di essere inserito nella graduatoria Aziendale vigente (approvata con atto deliberativo n. 559 del 18/04/2024), alla posizione _____ con punti _____;
- f) di non aver riportato condanne per reati contro la pubblica amministrazione (codice penale libro II, titolo II) e di non avere procedimenti penali pendenti per i medesimi reati;
- g) 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 selettiva e degli adempimenti conseguenti;
- h) di far cessare, entro la data di decorrenza dell'incarico, eventuali situazioni di incompatibilità;
- i) 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 _____