



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. 32 del vigente Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta nel

Comune di Manocalzati (Ambito Territoriale 5 - DS5)
DECORRENZA: 01/12/2024

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.553 del 18/04/2024) 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 e non oltre il 19/11/2024 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 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 – 0825/292050.

Allegato: 1) modello di domanda


Il Direttore f.f. della UOC Cure Primarie
dot. ssa Immacolata Giusto

U O C CURE PRIMARIE
Il Direttore f.f.
Dr ssa Immacolata GIUSTO

CONFERIMENTO INCARICO PROVVISORIO PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
ART.35 ACN PLS 28 APRILE 2022

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 _____
 mail _____ Fiscale _____ e-
 PEC _____

Intende presentare domanda per ricoprire l'incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta, con decorrenza 01/12/2024, nel

☐ Comune di Manocalzati (Distretto Sanitario 5 - Ambito Territoriale 5)

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.553 del 18/04/2024, alla posizione _____ con punti _____ e nella vigente graduatoria regionale 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 _____