



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 - 0825/202050

AVVISO PER INCARICHI DI C.A. ED EST MESE DI NOVEMBRE 2025

SI COMUNICA CHE LA SEDUTA PER IL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI DI SOSTITUZIONE DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ED EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE RELATIVI AL MESE DI NOVEMBRE 2025 SI TERRÀ IL GIORNO 21.10.2025 DALLE ORE 09,00 ALLE ORE 14,00 PRESSO L'AULA PASTORE 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 31.10.2025

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° 294 (REGIONALI – CFSMG – CORSISTI – NON EQUIPOLLENTI);

DALLE ORE 09,30 ALLE ORE 10,00 DAL N° 295 AL N° 405 (SPECIALIZZANDI RESIDENTI) ;

DALLE ORE 10,00 ALLE ORE 10,30 DAL N° 406 AL N° 501 (SPECIALIZZANDI NON RESIDENTI).

PER I MEDICI INSERITI NELL'ELENCO DI DISPONIBILITÀ ALLEGATO:

DALLE ORE 11,00 ALLE ORE 11,30 MEDICI DISPONIBILI RESIDENTI;

DALLE ORE 11,30 ALLE ORE 12,00 MEDICI DISPONIBILI NON RESIDENTI.

A seguire saranno interpellati coloro i quali hanno dato la propria disponibilità successivamente alla data di indizione del presente Avviso.

Per i medici inseriti negli elenchi di disponibilità si precisa, che per esigenze aziendali, dovranno essere assegnate, in via prioritaria, le sedi ove sussistono più carenze.

DALLE ORE 12,30 ALLE ORE 13,00 I MEDICI PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI EST.

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

Il Funzionario Incaricato
Dr.ssa Elisa Immacone

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' RESIDENTI

NOMINATIVO	MESE DI NOVEMBRE
MALANGA GIOVANNA	INVITO
MOLINARIO MARIA ELENA	INVITO
SILANO BENEDETTA	INVITO
CASCIELLO ANIELLO MATTIA	INVITO
PEZZA GIOVANNA	INVITO
RENNA DAVIDE	INVITO
FAIA FRANCESCA ELVIRANA	INVITO
DE PIANO RAFFAELLA	INVITO
LAURETANO MARIKA	INVITO
CARUSO FILOMENO	INVITO
IULIANO MATTIA	INVITO
PAGNOZZI TOMMASO	INVITO
FAMIGLIETTI CHRISTIAN	INVITO
LAURI EMANUELE	INVITO
CAIAFA CARMINE	INVITO
SANDOLI MARY	INVITO
FORGIONE KEVIN	INVITO
VIETRI ANGELA	INVITO
DELLO RUSSO MARTINA	INVITO
DI CRISTOFANO ANTONIO PIO	INVITO

VIETRI SIMONE	INVITO
MOLINARIO ROSSANA	INVITO
PALERMO FEDERICA	INVITO
MEROLLA ANDREA	INVITO
GUERRIERO FULVIA RITA	INVITO
DE MARI FRANCESCO	INVITO
AMBROSINO GIACOMO	INVITO
GRASSO MARIA VITTORIA	INVITO
LOMBARDI EMANUEL	INVITO
GAETA ALESSANDRA	INVITO
COLUCCINO ALESSIA	INVITO
GAROFALO WILLIAM	INVITO
MANZO ROBERTA	INVITO
MONTEDORO MARIO	INVITO
ESPOSITO LUIGI	INVITO
CAPOBIANCO FRANCESCO	INVITO
PAPA MARIA	INVITO
TAVINO CAIO MATTEO	INVITO
NARCISO ANNAMARIA	INVITO
TECCE FRANCESCA	INVITO
DI STASIO MARIELLA	INVITO
D' AVERSA ALESSANDRA	INVITO
FIERAMOSCA NATALIA	INVITO
PINTO ASIA	INVITO
SPAGNUOLO FABIO	INVITO
MORELLA ROSITA	INVITO
RUSSO NOEMI	INVITO
CERRATO VERONICA	INVITO



NAPPA MICHELE	INVITO
CAUTILLO GIADA	INVITO
PAPA MARIA	INVITO
CARBONE LEDA	INVITO
ESPOSITO LUIGI	INVITO
D'ETTORRE MARIA CHIARA	INVITO
MORELLA ERNESTO	INVITO
TERLIZZI MICHELE	INVITO
CAPRIGLIONE VINCENZO	INVITO
SORRENTINO GIACOMO	INVITO
TAMMARO FAUSTO	INVITO
LANZETTA GIULIA	INVITO

DISPONIBILITA' NON RESIDENTI

NOMINATIVO	MESE DI OTTOBRE
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
PELLEGRINO VINCENZO	INVITO
TULLIO LUIGI	INVITO
NACCA ANTONIO	INVITO
MATTICOLA CHIARA	INVITO
PACIFICO GIOVANNI	INVITO
ARBORETTO GIUSEPPA	INVITO
MICCIO LORENZO	INVITO
MADDALUNA PASQUALE	INVITO
MONACO MARCO	INVITO
GERVASIO GIUSEPPE	INVITO
PERRECA PAOLO	INVITO
GRANDE NICOLA	INVITO
DE LUCIA FRANCESCO	INVITO
CONTE EUGENIO	INVITO
RUSSO GIANLUCA	INVITO
SQUILLANTE VALENTINA	INVITO
VAMPA FEDERICO	INVITO
LONGO IMMA	INVITO
TERRANO VINCENZO	INVITO



CIACCIA MARIA	INVITO
CARDINALI ANTONIO	INVITO
COPPOLA TULLIO	INVITO
IULIANO RAFFAELLA	INVITO
SORIANO DOMENICO	INVITO
DI RISO GIUSEPPE	INVITO
ALFIERO SALVATORE	INVITO
BUKSIR AKSANA	INVITO
DI BIASE SABRINA	INVITO
MAIELLO FILIPPO	INVITO
ANGELICO ANTONIO	INVITO
GENOVESE FEDERICA	INVITO
MAIELLO CIRO	INVITO
GALLO PAOLO	INVITO
MATARESE FABIANA	INVITO
SOLAZZO MARCO	INVITO
BARRA FELICIANO	INVITO
CAPASSO STELIO	INVITO
PERRECA PAOLO	INVITO
TUFANO VITTORIO	INVITO
VELARDI ANGELO	INVITO
BARBATO ANTONIO	INVITO
FORTUNATO GIOVANNI	INVITO
GUGLIELMI SABRINA	INVITO
PAGANO MARIA ROSARIA	INVITO



PAGANO ANNA	INVITO
CASOLARI CAMILLA	INVITO
CANIGLIA FLORINDO MARIO	INVITO
TEDESCO GIUSEPPE AMEDEO	INVITO
CIARDIELLO ANDREA	INVITO
DE SIMONE GIORGIO	INVITO
IOSSA LUIGI ALBERTO	INVITO
ABBATECOLA EMANUELA	INVITO
MANTELLINO ALESSANDRA	INVITO
NEGRO GIUSEPPE	INVITO
FALCONE GIOVANNI	INVITO
RICCARDI LUIGI	INVITO
CONVERTITO ANNA	INVITO
CESARO CHIARA	INVITO
AMOS CAMPOS FERREIRA FABIO	INVITO
UCCIERO ROSA	INVITO
VIGILIA FRANCESCA	INVITO
AURIEMMA CARLO	INVITO
DI LILLO VITTORIA	INVITO
DE STEFANO FERDINANDO	INVITO
CASOLARI CAMILLA	INVITO
CATALANO ATTILIO	INVITO
COSENTINO PAOLO	INVITO
NIGRIELLO DANIELA	INVITO
LOPARDO MICHELA	INVITO



BERNARDO DAVIDE	INVITO
BARBATO GIUSEPPE	INVITO
CESARO CHIARA	INVITO
SCALA NICOLA	INVITO
BASILICATA MARIAGRAZIA	INVITO
MANZI GAETANO	INVITO
CAUTILLO GIADA	INVITO
TEDESCO FRANCESCO PIO	INVITO
DI LILLO VITTORIA	INVITO
MADONNA FEDERICA	INVITO
GIUGLIANO ANDREA	INVITO
CERRATO ANNA	INVITO
RINALDI CONCETTINA	INVITO
D' ANGIOLELLA AGOSTINO	INVITO
RIPPA EMANUELE	INVITO
DI FILIPPO DOMENICO	INVITO
SIECZAK ASIA	INVITO
SIECZAK ANGELO	INVITO
CARPENTIERO BIAGIO	INVITO
GUGLIELMI SABRINA	INVITO
CALIFANO ANIELLO	INVITO
AMBROSINO SALVATORE	INVITO
ZURINO GIOVANNA	INVITO
LANZETTA GIULIA	INVITO
ALATI CORRADO	INVITO



PICCOLO MARIO	INVITO
DELLE CURTI VINCENZO	INVITO
SANNINO MARIA MADDALENA	INVITO
PAGANO VINCENZO	INVITO
CARDONE LUIGIA	INVITO
CERQUA DARIO	INVITO
DI PALO MARIO	INVITO
RUSSO FRANCESCA	INVITO
DE STEFANO GIUSEPPE	INVITO
CARDONE LUIGIA	INVITO
TABIOLA CHIARA	INVITO
RAVIO FEDERICA	INVITO
RUSSO WALTER	INVITO
MADONNA EMANUELE	INVITO
VALENTINO GIOVANNI BATTISTA	INVITO
TONZIELLO PASQUALE	INVITO
DEL GIUDICE MARIO	INVITO
VIOLA MARIA ALESSANDRO	INVITO
ALIBERTI PIETRO	INVITO
DI GUIDA ANGELA	INVITO
RUSSO MICHELE	INVITO
PETRILLO ADELE	INVITO
MIELE CRISTIAN	INVITO
MILONE GIUSEPPE	INVITO
STEFANILE MARIA CHIARA	INVITO



TORRE TERESA	INVITO
STOLFO MANUELA	INVITO
ZURINO GIOVANNA	INVITO
CARDILLO MARCO	INVITO
AULITO ELEONORA MARIA	INVITO
PREVETE MARIA FILOMENA	INVITO
IORIO RAFFAELE FEDERICO	INVITO
RITROVATO NOEMI	INVITO
VERLANTI GIOVANNA	INVITO
FALCONIERO MAURIZIO	INVITO
CHIANESE ANNA	INVITO

Y H b



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 nonchè 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, li _____

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"