



REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO  
[www.aslavellino.it](http://www.aslavellino.it)

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

**AVVISO PER GLI INCARICHI DI C. A. ED EST MESE DI SETTEMBRE 2024**

SI COMUNICA CHE LA SEDUTA PER IL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI DI SOSTITUZIONE DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ED EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE RELATIVI AL MESE DI SETTEMBRE 2024 SI TERRÀ IL GIORNO 12.08.2024 DALLE ORE 09.00 ALLE ORE 14.00 PRESSO L'AULA PASTORE DELLA 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 31.08.2024

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

DALLE ORE 09,00 ALLE ORE 09,30 DAL N°1 AL N°319;  
DALLE ORE 09,30 ALLE ORE 10,00 DAL N°320 AL N°400;  
DALLE ORE 10,00 ALLE ORE 10,30 DAL N°401 AL N°450;  
DALLE ORE 10,30 ALLE ORE 11,00 DAL N°451 AL N°550;  
DALLE ORE 11,00 ALLE ORE 11,30 DAL N°551 AL N°660.

**DALLE ORE 12,00 ALLE ORE 13,00 I MEDICI INSERITI NELL'ELENCO DI DISPONIBILITÀ ALLEGATO**

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.

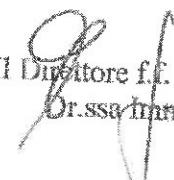
**ALLE ORE 13,00 ALLE ORE 13,15 I MEDICI PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI EST.**

**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**

Dr.ssa Elisa  Laundaccone

Sig.ra Mirella Fiore,



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



**REGIONE CAMPANIA**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO**  
[www.aslavellino.it](http://www.aslavellino.it)

**U.O.C. Cure Primarie**  
Direttore f.f. dott.ssa Immacolata Giusto  
[uoccureprimarie@aslavellino.it](mailto:uoccureprimarie@aslavellino.it)  
tel/fax 0825/292076

**Elenco Medici disponibili C.A. - Residenti**

	NOMINATIVO	INVITO
1	SERVODIO MARIANNA	INVITO
2	SEPE BENITO	INVITO
3	RUSSO DONATELLA	INVITO
4	GRIFA MARIA ALBERTA	INVITO
5	IANNACCONE ANITA	INVITO
6	SALZA ITALO	INVITO
7	CIAMPI CHIARA	INVITO
8	CIONE SALVATORE	INVITO
9	SCAFURO ANGELO	INVITO
10	SPAGNUOLO ILARIA	INVITO
11	DE SIMONE FEDERICA	INVITO
12	ALTERIO GIORGIA	INVITO
13	SANTULLI PIO	INVITO
14	MALINCONICO ANTONELLA	INVITO
15	RIZZO LUIGI	INVITO
16	ESPOSITO FEDERICA	INVITO
17	FESTA EDOARDO	INVITO
18	MAFFEI LUDOVICO	INVITO

19	NAZZARO LUCA	INVITO
20	FERULLO PIETRO	INVITO
21	COPPOLA RODOLFO	INVITO
22	FINA ANNA	INVITO
23	VISCONTI SALVATORE	INVITO
24	PACIFICO VALENTINA	INVITO
25	LAURENZANO ROBERTA	INVITO
26	MARRA MANUEL	INVITO
27	LENZA ALESSANDRO	INVITO
28	D' ETTORE STEFANO MARIA	INVITO
29	CARRATURO ASTRID GINEVRA	INVITO
30	PALERMO GIUSEPPINA	INVITO
31	LEONE MARIAFELICIA	INVITO
32	PEZZA GIOVANNA	INVITO
33	PISAPIA FRANCESCO	INVITO
34	DONATIELLO VALERIA	INVITO
35	NAPOLITANO REFFAELLA	INVITO
36	NICOLINI DIAMANTE	INVITO

*de ce*

#### Elenco Medici disponibili C.A. - Non residenti

	NOMINATIVO	INVITO
1	CORREALE LAURA	INVITO
2	PELLEGRINO VINCENZO	INVITO
3	ABATE ANGELA	INVITO
4	CARULLI ROBERTO	INVITO

*de ce*

5	NOCERINO SALVATORE	INVITO
6	DEL GATTO MARTINA	INVITO
7	LA MARCA ALESSIA	INVITO
8	VITIELLO MICHELE	INVITO
9	PASQUARIELLO LUCA	INVITO
10	PERNICE ANTONELLO	INVITO
11	MUTO FEDERICA	INVITO
12	TERRACCIANO GIUSEPPE	INVITO
13	CAPUTO BIANCA	INVITO
14	SHOJAEIAN SEYEDEH ZAHRA	INVITO
15	DE BLASIO FLORIANA	INVITO
16	CIARDELLA FRANCESCO	INVITO
17	RANUCCI DAVIDE	INVITO
18	MARINO ARMANDO	INVITO
19	SAVINO ANGELO	INVITO
20	SALUCCI MARIA LUIGI	INVITO
21	DI GUIDA GIOVANNI	INVITO
22	BUONOCORE MARIANO V.	INVITO
23	ORRERA ALESSANDRO	INVITO
24	SAVIANO ANGELA	INVITO
25	ISERNIA MARIA CARMELA	INVITO
26	PISANO SAVERIO	INVITO
27	RIPESI DIANA	INVITO
28	DE ANGELIS GIULIA	INVITO
29	BERARDESCA SILVIA	INVITO
30	FERRER DANIELE	INVITO
31	DELLA CORTE NUNZIA	INVITO

*L* *y*

32	SAGLIOCCO CARLO	INVITO
33	BALASCO ELENA	INVITO
34	ARBORETTO GIUSEPPA	INVITO
35	GALIERO MARIO	INVITO
36	NUTINI CESARE	INVITO
37	MARSILIO EMANUELA	INVITO
39	SERVODIO A. GIANMARCO	INVITO
40	SELLITTI ANDREA	INVITO
41	MARINIELLO DOMENICO	INVITO
42	MOLITIENO ROSELLA	INVITO
43	SANTORELLI GIULIA	INVITO
44	MOTTOLA AURELIO	INVITO
45	TRIUZZI LORENZO	INVITO
46	PENTANGELO PAOLA	INVITO
47	DE CHIARA CHIARA	INVITO
48	BARTOLOMEO VINCENZO	INVITO
49	D'AURIA LUISA ORIANA	INVITO
50	DE LUCA MARCO	INVITO
51	LA MARCA MARIAGRAZIA	INVITO
52	LEONE DONATELLA	INVITO
53	CUTOLO SARA	INVITO
54	DONCIGLIO MARIAPIA	INVITO
55	NICOLOSI MARIA	INVITO
56	DI TELLA FLAVIA	INVITO
57	D'AGNESE ANDREA	INVITO
58	NAPOLITANO MARIA	INVITO
59	FERRARA GIUSEPPE	INVITO

60	DI MONACO CRISTINA	INVITO
61	ANNUNZIATA FEDERICA	INVITO
62	RULLO ROSA	INVITO
63	CORTESE MICHELINA	INVITO
64	ROMANO ENZO	INVITO
65	NAPOLITANO MARIA	INVITO
66	CIOFFI MICHELE	INVITO
67	CASCIELLA FABIO	INVITO
68	ALBANO ROSA	INVITO
69	CASTIGLIA MARIAGIOVANNA	INVITO





REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO  
[www.aslavellino.it](http://www.aslavellino.it)

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

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ pec/email \_\_\_\_\_

- Incluso nella vigente graduatoria regionale (Decreto Dirigenziale n.1 del 23/01/24 pubblicato sul BURC n.9 del 29/01/2024)
- Incluso nella vigente graduatoria aziendale (Delibera ASL n. 559 del 18/04/2024)
- 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 Sanitario di \_\_\_\_\_

Il presente incarico è disciplinato dal vigente ACN MMG per la regolamentazione dei rapporti con i medici di Medicina Generale, sottoscritto in data 8.02.2024 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 badge 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, lì \_\_\_\_\_

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 dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_

Al 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 relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte e con n° \_\_\_\_\_ Periodo dal: \_\_\_\_\_

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte e con n° \_\_\_\_\_ 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, il \_\_\_\_\_

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"