



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 - 0825/292050**

**AVVISO PER IL RINNOVO DI UN INCARICO PROVVISORIO DI PEDIATRIA DI
LIBERA SCELTA COMUNE DI MANOCALZATI/ATRIPALDA
DISTRETTO SANITARIO DI ATRIPALDA (DS5)**

E' indetto avviso per il rinnovo di un incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta, fino alla copertura della carenza territoriale individuata nel Comune di Chiusano San Domenico (atto deliberativo n. 821 del 20/06/2025 di presa d'atto risultanze Avviso di Mobilità aziendale anno 2025), con **decorrenza 01/12/2025**, secondo le modalità previste dall'art. 35 dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) di settore, nel **Comune di Manocalzati/Atripalda, Distretto Sanitario di Atripalda (DS5)**.

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 di settore (approvata con atto deliberativo n. 468 del 31/03/2025) ed, in subordine, i Pediatri inseriti nella vigente graduatoria regionale di settore.

Nella domanda, di cui all'allegato n° 1, da inviare firmata **esclusivamente all'indirizzo pec: uoccureprimarie@pec.aslavellino.it**, entro e non oltre sette giorni dalla pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale (scadenza 01/12/25, 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 Pediatria di Libera Scelta, 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 PLS).

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 Pediatri residenti nell'ambito territoriale carente.

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 DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
AI SENSI DELL'ART. 35, COMMA 1 ACN PLS
COMUNE DI MANOCALZATI/ATRIPALDA
DISTRETTO SANITARIO DI ATRIPALDA**

Azienda Sanitaria Locale Avellino

UOC Cure Primarie

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
 Nato/a a _____ prov. _____ il _____
 residente _____ prov. _____ Via _____
 n. _____ CAP _____ tel. _____ Cell: _____
 Codice Fiscale _____
 e-mail _____
 PEC.. _____

Intende presentare domanda per il rinnovo di un incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta, con decorrenza 01/12/2025, con obbligo di apertura studio nel

☐ **Comune di Manocalzati/Atripalda - Distretto Sanitario Atripalda**

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. 28/12/2000, 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 _____ 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 vigente (approvata con atto deliberativo n. 553 del 18/04/2024), alla posizione ____ con punti ____;
- e) di essere inserito nella Graduatoria Regionale Definitiva 2023 valevole per l'anno 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 previste dalla vigente normativa;
- 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 _____