



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

U.O.C. Cure Primarie
Direttore f.f. dott.ssa Immacolata Giusto
mail: uoccureprimarie@aslavellino.it
PEC: uoccureprimarie@pec.aslavellino.it
tel. 0825/292076

Esclusività del rapporto di lavoro finalizzato all'applicazione dell'art. 45 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti ambulatoriali interni, Veterinari ed altre professionalità sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi) vigente

AVVISO

Si ricorda agli Specialisti ambulatoriali interni, Veterinari e Professionisti convenzionati che l'erogazione dell'indennità di disponibilità ai sensi dell'art. 45 dell'ACN vigente è riconosciuta a quanti, titolari di un incarico a tempo indeterminato con almeno 12 ore settimanali, nell'anno 2025 non svolgano attività libero professionale e che non abbiano ridotto il proprio orario di incarico ai sensi dell'art. 31 comma 5 dello stesso ACN.

Allo scopo, gli interessati potranno presentare apposita dichiarazione sostitutiva di atto notorio, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 2000, redatta come da modello accluso al presente, con allegata copia di un documento di riconoscimento in corso di validità, all'UOC Cure Primarie all'indirizzo PEC: uoccureprimarie@pec.aslavellino.it entro e non oltre il 15 gennaio 2025, avendo cura di accertarsi dell'avvenuta consegna della stessa.

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

Modello di Dichiarazione sostitutiva di Atto notorio (art. 47 del DPR n. 445 del 28.12.00)

Esclusività del rapporto di lavoro finalizzato all'applicazione dell'art. 45 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) vigente

DA INVIARE ESCLUSIVAMENTE VIA PEC DAL 1° AL 15 Gennaio 2025.

ALL'INDIRIZZO : uoccureprimarie@pec.aslavellino.it

L'OGGETTO DELLA PEC DOVRA' ESSERE OBBLIGATORIAMENTE:

“Dichiarazione Indennità di disponibilità art. 45 ACN - anno 2025”

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000

Il sottoscrittodata di nascitaComune
di nascitaprov..... Residenza: via
.....Comune.....prov.....
cell.mail
pecSpecialista / Veterinario / Professionista
ambulatoriale a tempo indeterminato nella branca diper un monte
orario totale di n. ____ ore settimanali, così suddivise:

- n. ____ ore settimanali svolte presso
- n. ____ ore settimanali svolte presso
- n. ____ ore settimanali svolte presso

ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, di falsità negli atti e di uso di atti falsi, così come stabilito dall'art.76 del D.P.R. n. 445/2000, e consapevole delle decadenze dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimenti adottati sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che dal 01/01/2025 al 31/12/2025 non ha svolto e non svolgerà attività libero professionale, fatto salvo quanto previsto dall'art. 42 dell'ACN vigente;

di impegnarsi a comunicare eventuali variazioni intervenute successivamente alla sottoscrizione della presente dichiarazione (es. riduzione oraria ai sensi dell'art. 31 comma 5 ACN vigente, rinuncia al completamento orario di cui all'art. 20 comma 2) comprese quelle effettuate presso altre Aziende Sanitarie;

CHIEDE

pertanto, di poter percepire l'indennità di disponibilità prevista dall'art. 45 dell'ACN vigente.

Dichiara, infine, di essere a conoscenza che i dati personali raccolti con la presente dichiarazione ai sensi e per gli effetti del G.D.P.R. n. 679/2016 saranno trattati anche con mezzi informatici soltanto nell'ambito del presente procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Data

firma

ASL AV
AZIENDA SANITARIA LOCALE
AVELLINO