



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**  
mail: [uoccureprimarie@aslavellino.it](mailto:uoccureprimarie@aslavellino.it)  
PEC: [uoccureprimarie@pec.aslavellino.it](mailto: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](mailto: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 sottoscritto .....data di nascita .....Comune  
di nascita .....prov..... Residenza: via .....  
.....Comune.....prov.....  
cell. ....mail .....  
pec .....Specialista / Veterinario / Professionista  
ambulatoriale a tempo indeterminato nella branca di .....per 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