



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

**U.O.C. Cure Primarie**  
 Direttore ff. dott.ssa Immacolata Giusto  
[uocureprimarie@aslavellino.it](mailto:uocureprimarie@aslavellino.it)  
 tel/fax 0825/292076 – 0825/292050

**AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO A TEMPO DETERMINATO DI  
 ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA COMUNE DI AVELLINO AMBITO 5 - DS4**

E' indetto avviso per il conferimento di un incarico a tempo determinato di Assistenza Primaria a ciclo di scelta, di durata non superiore a 12 mesi ovvero fino alla data di inserimento del Medico Titolare avente diritto all' incarico a tempo indeterminato, secondo le modalità previste dall'art. 37, comma 1, del vigente Accordo Collettivo Nazionale (ACN) di settore, nel Comune di AVELLINO, Ambito Territoriale 5 – DS4.

**REQUISITI PER L'AMMISSIONE**

Possono presentare domanda di partecipazione all'incarico di cui trattasi i Medici di Medicina Generale iscritti all'albo professionale, inseriti nella vigente graduatoria aziendale di settore.

Nella domanda, di cui all'allegato n° 1, da inviare, firmata, esclusivamente all'indirizzo pec: [uocureprimarie@pec.aslavellino.it](mailto:uocureprimarie@pec.aslavellino.it), entro sette giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul sito istituzionale ASL (scad. 09/04/2025, 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) l'iscrizione all'albo professionale;
- c) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria a rapporto orario e/o la posizione ricoperta nelle vigenti graduatorie regionale ed aziendale della Medicina Generale, 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) il 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 MMG).

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

*Elisa Iannaccone*

**CONFERIMENTO INCARICO PROVVISORIO ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTE  
AI SENSI DELL'ART. 37, COMMA 1 ACN MMG VIGENTE**

Azienda Sanitaria Locale Avellino  
UOC Cure Primarie

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

**Intende presentare domanda per il conferimento di un incarico provvisorio di Assistenza Primaria a ciclo di scelte, con obbligo di apertura studio nel**

**Comune di Avellino - Ambito Territoriale 5 - Distretto Sanitario 4**

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. 28712/2000, 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 a \_\_\_\_\_ in 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 Regionale Definitiva 2024 valevole per l'anno 2025, pubblicata sul BURC n. 85 del 13/12/2024, alla posizione \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;
- e) di essere inserito nella graduatoria Aziendale vigente (approvata con atto deliberativo n. 469 del 31/03/2025), 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;
- 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 \_\_\_\_\_