



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 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: uoccureprimarie@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).

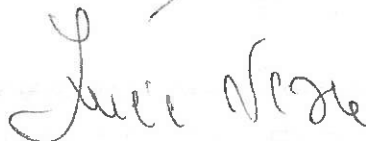
L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso, o parte di esso, nonché di riaprire i termini di scadenza, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

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



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 _____