



**U.O.C. Cure Primarie**

Il Direttore f.f.

dott.ssa Immacolata Giusto

mail:[uocureprimarie@aslavellino.it](mailto:uocureprimarie@aslavellino.it)

Tel./fax 0825/292076

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

**AVVISO PER GLI INCARICHI DI C. A. ED EST MESE DI GIUGNO 2025**

SI COMUNICA CHE LA SEDUTA PER IL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI DI SOSTITUZIONE DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ED EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE RELATIVI AL MESE DI GIUGNO 2025 SI TERRÀ IL GIORNO 20.05.2025 DALLE ORE 09,00 ALLE ORE 14,00 PRESSO L'AULA PASTORE DELL'ASL DI AVELLINO ALLA VIA DEGLI IMBIMBO 10/I2.

**SI PRECISA CHE LA PRESENTE CONVOCAZIONE È VALIDA ESCLUSIVAMENTE PER I MEDICI CHE NON HANNO ALCUN INCARICO IN CORSO/O PER COLORO CHE HANNO INCARICHI CON SCADENZA AL 31.05.2025**

GLI STESSI DOVRANNO PRESENTARSI SECONDO L'ORDINE CRONOLOGICO RIPORTATO, NELLA GRADUATORIA AZIENDALE:

DALLE ORE 09,00 ALLE ORE 09,30 DAL N°1 AL N°250;  
DALLE ORE 09,30 ALLE ORE 10,00 DAL N°251 AL N°290;  
DALLE ORE 10,00 ALLE ORE 10,30 DAL N°291 AL N°320  
DALLE ORE 10,30 ALLE ORE 11,00 DAL N°321 AL N°370;  
DALLE ORE 11,00 ALLE ORE 11,30 DAL N°371 AL N°501;

**PER I MEDICI INSERITI NELL'ELENCO DI DISPONIBILITÀ ALLEGATO:**

DALLE ORE 12,00 ALLE ORE 12,30 Medici inseriti nell'elenco disponibilità.

A seguire saranno interpellati coloro i quali hanno dato la disponibilità successivamente alla pubblicazione della seduta.

Per i medici inseriti negli elenchi di disponibilità si precisa, che per esigenze aziendali devono essere assegnate in via prioritaria le sedi ove sussistono più carenze.

**ALLE ORE 12,30 ALLE ORE 13,00 I MEDICI PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI EST.**

**SI INVITA A RISPETTARE L'ORARIO DI CONVOCAZIONE – GLI INTERESSATI SONO TENUTI A PRESENTARE AUTOCERTIFICAZIONE GIA' COMPLATA E COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITÀ**

Sig.ra Mirella Fiore

Dr.ssa Elisa Iannaccone

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



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

U.O.C. Cure Primarie

Direttore f.f.

Dr.ssa Immacolata Giusto

e-mail : [cureprimarie@aslavellino.it](mailto:cureprimarie@aslavellino.it)

**DISPONIBILITA' DAL MESE MAGGIO 2025 RESIDENTI**

NOMINATIVO	GIUGNO
MALANGA GIOVANNA	INVITO
MOLINARIO MARIA ELENA	INVITO
SILANO BENEDETTA	INVITO
CASCIELLO ANIELLO MATTIA	INVITO
PEZZA GIOVANNA	INVITO
RENNA DAVIDE	INVITO
FAIA FRANCESCA ELVIRANA	INVITO
DE PIANO RAFFAELLA	INVITO
LAURETANO MARIKA	INVITO

**DISPONIBILITA' DAL MESE MAGGIO 2025 NON RESIDENTI**

NOMINATIVO	GIUGNO
PARRELLA ROSARIA	INVITO
MACAGNINO GIANLUCA	INVITO
FIORINELLI VINCENZO	INVITO
POLISO GIANLUCA	INVITO
SALVATI LUCA	INVITO
CARAGLIA FRANCESCO	INVITO
IORIO RAFFAELE FEDERICO	INVITO

SCOPELLITI NICOLETTA	INVITO
PRISCO MAURIZIO ALESSANDRO	INVITO
ORRERA ALESSANDRO	INVITO
MUTO FEDERICA	INVITO
PACILIO ANNA MICHELA	INVITO
FIGLIOLINO LINA	INVITO
URSINO MANUELA	INVITO
CUSANO RAFFAELE	INVITO
GUIDOTTI LAURA	INVITO
PELLEGRINO VINCENZO	INVITO
TULLIO LUIGI	INVITO
NACCA ANTONIO	INVITO
MATTICOLA CHIARA	INVITO
PACIFICO GIOVANNI	INVITO
ARBORTTO GIUSEPPA	INVITO
MICCIO LORENZO	INVITO
MADDALUNA PASQUALE	INVITO
MONACO MARCO	INVITO
GERVASIO GIUSEPPE	INVITO
PERRECA PAOLO	INVITO
GRANDE NICOLA	INVITO
DE LUCIA FRANCESCO	INVITO
CONTE EUGENIO	INVITO
RUSSO GIANLUCA	INVITO
SQUILLANTE VALENTINA	INVITO
VAMPA FEDERICO	INVITO

LONGO IMMA	INVITO
TERRANO VINCENZO	INVITO
CIACCIA MARIA	INVITO
CARDINALI ANTONIO	INVITO
COPPOLA TULLIO	INVITO
IULIANO RAFFAELLA	INVITO



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

**U.O. C. Cure Primarie**  
Direttore ff.  
Dr.ssa Immacolata Giusto  
e-mail:[uocureprimarie@aslavellino.it](mailto:uocureprimarie@aslavellino.it)

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ pec/mail \_\_\_\_\_

- Incluso nella vigente graduatoria regionale (Decreto Dirigenziale n. 58 del 13/12/2024 pubblicato sul BURC n. 85 del 16/12/2024)
- Incluso nella vigente graduatoria aziendale (Delibera ASL n. 469 del 31/03/2025)
- ACCETTA**
- RINUNCIA**
- L' INCARICO PROVVISORIO A TEMPO DETERMINATO** di Assistenza Primaria ad Attività Oraria
- L' INCARICO DI SOSTITUZIONE** di Assistenza Primaria ad Attività Oraria

pari a 24 ore settimanali presso il Presidio di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

al \_\_\_\_\_ afferente al Distretto di \_\_\_\_\_

Il presente incarico è disciplinato dal vigente ACN MMG per la regolamentazione dei rapporti con i medici di Medicina Generale, sottoscritto in data 08.02.2024 nonché dal vigente Accordo Integrativo Regionale pubblicato con Decreto n. 16 del 21.01.2020.

Con la presente accettazione il sottoscritto si impegna, pena cancellazione dalla graduatoria aziendale, ad utilizzare il budge per la rilevazione delle presenze.

Si dà atto che un'eventuale rinuncia all'incarico deve essere formalizzata con un preavviso di giorni 10, onde evitare disservizi nell'organizzazione della turnazione.

Si allega:

- dichiarazione di incompatibilità
- copia documento di riconoscimento in corso di validità

Avellino, lì \_\_\_\_\_

il dichiarante

## dichiarazione sostitutiva di atto notorio

Sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

### DICHIARA

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Iscritto all'Albo dell' ordine dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_

con il numero iscrizione \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 13, dichiara formalmente di:

**1) essere/non essere** (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente presso soggetti pubblici o privati (2):

Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo dal \_\_\_\_\_

**2) essere/non essere** (1) titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R. \_\_\_\_\_

con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte e con n° \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

**3) essere/non essere** (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del D.P.R. \_\_\_\_\_

Con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte. Periodo dal \_\_\_\_\_

**4) essere/non essere** (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda \_\_\_\_\_ Branca \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_ Branca \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

**5) essere/non essere** (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2):

Provincia \_\_\_\_\_ Branca \_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_

**6) avere/non avere** (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 comma del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni:

Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo dal \_\_\_\_\_

**7) essere/non essere** (1) titolare di incarico di guardia medica nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione \_\_\_\_\_

o in altra regione (2):

Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

in forma attiva/in forma di disponibilità (1)

**8) essere/non essere iscritto** (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al D.Lgs. n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.Lgs. n° 368/99:

Denominazione del corso \_\_\_\_\_

Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_ inizio dal \_\_\_\_\_

**9) operare/non operare** (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto dei presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni (2):

Organismo \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_

**10) operare/non operare** (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazioni ai sensi dell'art. 43, della legge n. 833/78 (2):

Organismo \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_

**11) svolgere/non svolgere** (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93:

Azienda \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_

**12) svolgere/non svolgere** (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelta (2):

Azienda \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_

**13) avere/non avere** (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14) essere/non essere** (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**15) fruire/non fruire** (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 14/10/1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo dal: \_\_\_\_\_

**16) svolgere/non svolgere** (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate(indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Periodo dal: \_\_\_\_\_

**17) essere/non essere** (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) (2):

Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo dal: \_\_\_\_\_

**18) operare/non operare** (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione la medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo dal: \_\_\_\_\_

**19) essere/non essere titolare** (1) di trattamento di pensione a: (2)

\_\_\_\_\_

Periodo dal: \_\_\_\_\_

**20) fruire/non fruire** (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita (2):

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento \_\_\_\_\_

Periodo dal: \_\_\_\_\_

**21) aver/non aver ricevuto l'ultimo incarico a tempo determinato , nella Regione** \_\_\_\_\_

nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'ASL \_\_\_\_\_

presidio di \_\_\_\_\_

**22) aver/non aver lavorato nel mese corrente a tempo determinato, presso l'ASL** \_\_\_\_\_

presidio di \_\_\_\_\_

NOTE: \_\_\_\_\_

**DICHIARO CHE LE NOTIZIE SOPRA RIPORTATE CORRISPONDONO AL VERO**

Avellino, li \_\_\_\_\_

In fede

(1) – cancellare la parte che non interessa

(2) – qualora lo spazio non fosse sufficiente, per le notizie richieste, utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTA"