



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

U.O.C. Cure Primarie
Il Direttore f.f.
dott.ssa Immacolata Giusto
mail: uocureprimarie@aslavellino.it
Tel. 0825/292076 - 0825/292050

Manifestazione d'interesse riservata ai Medici di Assistenza Primaria, già Titolari di incarico a tempo indeterminato a Ciclo di scelta e ad Attività oraria presso l'ASL Avellino per il Passaggio al Ruolo Unico di Assistenza Primaria, ai sensi dell'art. 32, comma 8 ACN MMG 2025

Considerato

- che il vigente ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, all'art. 32, comma 8, dispone che l'Azienda, in caso di carenza assistenziale, prima di procedere alla pubblicazione degli incarichi vacanti come previsto dall'art. 34, comma 1, propone:

- 1) ai Medici, già Titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di Assistenza Primaria a Ciclo di scelta, il completamento dell'impegno settimanale con l'attività a rapporto orario;
- 2) ai Medici, già Titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di Assistenza Primaria a rapporto orario (24 ore), il completamento dell'incarico fino a 38 ore settimanali con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico nell'ambito territoriale carente ricompreso nella AFT di riferimento, nel limite del massimale orario/scelte di cui all'art. 38, con modulazione dell'attività oraria rispetto al carico assistenziale. Il completamento è offerto ai medici con maggiore anzianità di incarico operanti in AFT e successivamente in Azienda. In caso di pari anzianità si fa riferimento ai criteri di cui all'art. 34, comma 11. L'accettazione del completamento comporta il passaggio al ruolo unico di Assistenza Primaria ai sensi del presente Accordo;

Ritenuto

- che, ai sensi dell'art. 38, comma 1, l'incarico di Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria di cui all'art. 31 è conferito in una sola Azienda e comporta lo svolgimento di attività

a ciclo di scelta e attività oraria pari a 38 ore settimanali, con progressiva riduzione dell'attività oraria rispetto all'aumento delle scelte in carico fino al massimale di 1.500 assistiti;

Per quanto premesso

E' INDETTO AVVISO RIVOLTO

1. ai Medici di Assistenza Primaria con incarico a tempo indeterminato a Ciclo di scelta per il completamento dell'impegno settimanale con l'attività a rapporto orario;
2. ai Medici di Assistenza Primaria con incarico a tempo indeterminato a rapporto orario per il completamento dell'incarico fino a 38 ore settimanali con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico nella zona territoriale carente ricompresa nell'AFT di riferimento.

Il completamento è offerto ai Medici con maggiore anzianità di incarico.

In caso di pari anzianità si fa riferimento ai criteri di cui all'articolo 34, comma 11, ultimo capoverso (minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea).

L'accettazione del completamento comporta il passaggio al ruolo unico di Assistenza Primaria di cui all'ACN di categoria vigente.

I Medici interessati devono presentare, **entro e non oltre il 17/03/2026**, apposita istanza, redatta utilizzando il modello allegato, corredata da copia di un documento di riconoscimento in corso di validità, che deve essere inoltrata all'indirizzo PEC: uoccureprimarie@pec.aslavellino.it, pena l'esclusione dalla procedura.

Il Funzionario Incaricato
dott.ssa Elisa Iannaccone

Il Direttore f.f. U.O.C. Cure Primarie
dott.ssa Immacolata Giusto

Al Direttore Generale dell'ASL Avellino

**Direttore UOC Cure Primarie
uoccureprimarie@pec.aslavellino.it**

**Oggetto: Istanza per il passaggio al Ruolo Unico di Assistenza Primaria ai sensi dell'art. 32,
comma 8, A.C.N. per la Medicina Generale.**

Il/la sottoscritto/a
dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ (prov.) _____
il _____ Codice Fiscale _____
e residente nel Comune di _____ (prov.) _____
CAP _____
al/alla Via/Corso/P.zza _____ n. _____
Telefono _____ laureato/a in Medicina e Chirurgia il
_____ con voto _____ /110 presso l'Università degli Studi
di _____, abilitato all'esercizio della professione medica
nell'anno _____, iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia
di _____ dal _____ con numero iscrizione _____

CHIEDE

(flaggare solo la voce di interesse)

☐ quale Medico di Assistenza Primaria, Titolare di incarico a tempo indeterminato a Ciclo di scelta, a far data dal _____, il completamento dell'impegno settimanale con l'attività a rapporto orario;

☐ quale Medico di Assistenza Primaria, Titolare di incarico a tempo indeterminato a rapporto orario, a far data dal _____, il completamento dell'incarico fino a 38 ore settimanali con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico nell'ambito territoriale carente ricompreso nella AFT di riferimento;

e, pertanto, il passaggio al ruolo unico di Assistenza Primaria ai sensi dell'art. 32 co. 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale Medici di Medicina Generale 2024.

Allo scopo, lo scrivente dichiara:

(flaggare solo la voce di interesse)

☐ di essere Titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria a ciclo di scelta, attualmente:

nell'ambito territoriale _____, AFT _____

del Distretto Sanitario _____, con obbligo di studio _____

codice regionale _____.

☐ di essere Titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria ad attività oraria, attualmente:

presso il Presidio _____,

del Distretto Sanitario _____.

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii. e consapevole della decadenza dai benefici, prevista dall'art. 75, e delle sanzioni penali, previste dall'art. 76, per chi attesta il falso, rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

Autorizza, infine, il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, anche con strumenti informatici, per tutte le finalità istituzionali, ai sensi del D.LGS. 30/06/2006, n. 196 e ss.mm.ii.

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

Luogo e data _____

Firma
