



REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO  
www.aslavellino.it

U.O.C. Cure Primarie

Direttore ad interim

dott.ssa Maria Rosaria Troisi

Tel e fax 0825/292020

uocureprimarie@aslavellino.it

Prot. n. 548 del 16-01-2021

**Mobilità interna anno 2021**

**(1° Trimestre)**

riservato ai medici convenzionati titolari a tempo indeterminato del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale dell'Asl Avellino

Si dà atto che, per l'ASL di Avellino, sono state individuate dal Direttore della U.O.C. Emergenza Territoriale (nota prot. n.346/ET) n.13 postazioni carenti di Emergenza Sanitaria Territoriale, come di seguito indicate:

<u>N. carenze</u>	<u>Postazione SAUT</u>	<u>Distretto Sanitario</u>
1	Avellino	Avellino
2	Bisaccia	Sant'Angelo dei Lombardi
2	Calitri	Sant'Angelo dei Lombardi
2	Cervinara	Avellino
1	Grottaminarda	Ariano Irpino
1	Montella	Sant'Angelo dei Lombardi
2	Montemiletto	Atripalda
2	Sant'Angelo dei Lombardi	Sant'Angelo dei Lombardi

I medici interessati a trasferirsi presso una delle suddette postazioni sono inviati ad inviare entro e non oltre il 20esimo giorno dalla pubblicazione del presente avviso la propria domanda secondo il modello facsimile allegato, unitamente a copia di documento di identità in corso di validità.

La domanda dovrà essere inviata esclusivamente tramite PEC (posta elettronica certificata) all'indirizzo:

**protocollo@pec.aslavellino.it**

La pec dovrà riportare come oggetto: "**Mobilità ET 2021**"

Si precisa che il termine di arrivo è tassativo e farà fede la data di ricezione per la trasmissione a mezzo pec. L'Azienda non risponde di eventuali ritardi imputabili ai servizi telematici.

Potranno essere indicate non più di tre (3) postazioni in ordine di preferenza (decrescente) e, in caso di più candidati per la stessa postazione, verranno seguiti i seguenti criteri di priorità condivisi dal Comitato Aziendale Permanente per la Medicina Generale (verbale n.1 del 13 gennaio 2021):

1. **maggior anzianità di servizio maturata esclusivamente a tempo indeterminato nel servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale** (in tal caso, l'aspirante dovrà dettagliare nella domanda il periodo di servizio e l'amministrazione di riferimento);
2. **anzianità di laurea;**
3. **voto di laurea;**
4. **minore età alla laurea.**

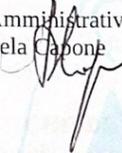
La mancata risposta entro la data indicata è da intendersi come rinuncia.

**Allegato:**  
**modello di domanda**

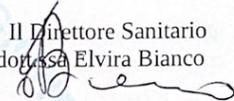
Il Direttore ad interim della UOC Cure Primarie  
dott.ssa Maria Rosaria Troisi



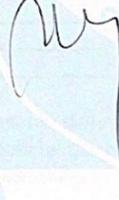
Il Direttore Amministrativo  
dott.ssa Daniela Capone



Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Elvira Bianco



Il Direttore Generale  
dott.ssa Maria Morgante



REGIONE CAMPANIA  
AV  
AZIENDA SANITARIA LOCALE  
AVELLINO

**DOMANDA DI MOBILITA' INTERNA**  
**PER LA COPERTURA DELLE POSTAZIONI DI LAVORO DI EMERGENZA**  
**SANITARIA TERRITORIALE DICHIARATE CARENTI NELL'ASL DI**  
**AVELLINO - ANNO 2021 I° TRIMESTRE**

All'Asl di Avellino  
UOC Cure Primarie  
[protocollo@pec.aslavellino.it](mailto:protocollo@pec.aslavellino.it)

Il/la sottoscritto/a  
Dr./Dr.ssa.....,  
nato/a a ..... (Prov.....) il .....,  
Codice Fiscale.....  
Comune di Residenza.....(Prov.....)  
Via/Piazza.....n.....cap.....  
cell.....email.....  
in servizio attualmente presso la postazione di.....

dichiarando di aver preso visione dell'avviso di mobilità interna per la copertura delle postazioni di lavoro di emergenza sanitaria territoriale, delle modalità di partecipazione alla procedura indetta e dei criteri individuati per la loro formazione,

**CHIEDE DI ESSERE TRASFERITO PRESSO LE SEGUENTI POSTAZIONI**

(indicare una o più postazioni in ordine di preferenza (massimo 3))

1. \_\_\_\_\_,
2. \_\_\_\_\_,
3. \_\_\_\_\_.

A tal fine, ai sensi del DPRN.445/2000, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi, nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni, sotto la propria responsabilità (art.76 D.P.R. n.445/2000)

**DICHIARA**

- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_\_ presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_;
- di aver svolto attività convenzionata a tempo indeterminato di medico di Emergenza Sanitaria Territoriale, ai sensi dell'ACN per la medicina generale, presso le seguenti ASL nei periodi indicati:

Asl di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Asl di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Allega alla presente valido documento di identità

Data \_\_\_\_\_, li

Firma per esteso