



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

www.aslavellino.it

U.O.C. Cure Primarie

Direttore f.f. dott.ssa Immacolata Giusto

Tel e fax 0825/292076

uoccureprimarie@aslavellino.it

uoccureprimarie@pec.aslavellino.it

Prot. n. *7765 del 05-09-2022*

Mobilità interna EST (II° Semestre - anno 2022)

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 UOC Emergenza Territoriale (nota prot. n.2722/ET del 09/08/2022) n.26 postazioni carenti SAUT e n.3 postazioni carenti COT, come rappresentate da prospetto di dettaglio che segue:

Distretto Sanitario	Postazione SAUT	N. carenze
Ariano Irpino (DS1)	Ariano Irpino	1
Sant'Angelo dei L. (DS3)	Sant'Angelo dei L.	3
"	Bisaccia	4
"	Calitri	4
"	Montella	3
Avellino (DS4)	Avellino	4
"	Cervinara	2
Atripalda (DS5)	Atripalda	1
"	Montemiletto	3
"	Solofra	1
		Tot. 26

COT 118	N. Carenze
	3
Tot. 3	

I medici interessati a trasferirsi presso una delle suddette postazioni sono inviati ad inviare **entro e non oltre il 12/09/2022 ore 12,00** 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: uoccureprimarie@pec.aslavellino.it

La pec dovrà riportare come oggetto: "**Mobilità ET II° Semestre - 2022**"

Si precisa che il termine di arrivo è tassativo e farà fede la data di ricezione per la trasmissione a mezzo pec.

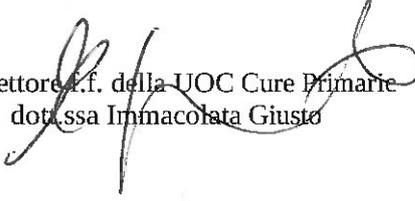
Potranno essere indicate non più di tre (3) postazioni in ordine di preferenza (decrescente) e, in caso di più candidati per la stessa postazione, verranno seguiti i seguenti criteri di priorità:

1. ***maggiore 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.

S'intendono fatte salve eventuali successive determinazioni, che l'Azienda si riserva di adottare in ragione delle esigenze organizzative della stessa.

Allegato:
modello di domanda


Il Direttore A.f. della UOC Cure Primarie
dot.ssa Immacolata Giusto

DOMANDA DI MOBILITA' INTERNA
PER LA COPERTURA DELLE POSTAZIONI DI LAVORO DI EMERGENZA
SANITARIA TERRITORIALE DICHIARATE CARENTI NELL'ASL DI
AVELLINO - ANNO 2022

All'Asl di Avellino
UOC Cure Primarie
uocureprimarie@pec.aslavellino.it

Il/la sottoscritta/o

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 _____
Asl di _____	dal _____	al _____
Asl di _____	dal _____	al _____
Asl di _____	dal _____	al _____

Allega alla presente valido documento di identità

Data _____, li _____

Firma per esteso