



**U.O.C. Cure Primarie**  
Direttore f.f. Dott.ssa Immacolata Giusto  
Tel/fax 08257292076  
e-mail: uocureprimarie@aslavellino.it

Prot. n. 94 del



**AVVISO PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE AZIENDALI DI DISPONIBILITA' PER  
EVENTUALI INCARICHI PROVVISORI, A TEMPO DETERMINATO O SOSTITUZIONE PER LE  
ATTIVITA' DI MEDICINA GENERALE - ANNO 2022**

Preso atto che sul BURC n. 117 del 20.12.2021 è stata pubblicata la graduatoria definitiva della medicina generale anno 2021, valida per l'anno 2022.

Ai sensi dell'art. 15, commi 6 e 7 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 23.03.2005 e s.m.i., viene indetto il presente Avviso per la predisposizione delle graduatorie aziendali di disponibilità all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o l'affidamento di sostituzione per le attività di medicina generale - anno 2021 valida per l'anno 2022.

Ai sensi dell'art. 15 commi 6 e 7 ACN/2005 e s.m.i., ai fini della formazione della graduatoria aziendale di assistenza primaria, i medici disponibili all'eventuale incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione saranno graduati secondo il seguente ordine di priorità:

- a) Medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
- b) Medici che hanno acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale non inclusi in graduatoria regionale;
- c) Medici iscritti al corso formazione specifica in medicina generale non inclusi in graduatoria regionale;

Ai sensi dell'art. 19, comma 11, L. 28 dicembre 2001, n. 448, per il solo affidamento di sostituzione

- d) Medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- e) Medici iscritti ai corsi di specializzazione;

I medici di cui alle lettere b), c), d) ed e) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

I medici interessati, dovranno far pervenire la domanda entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione del presente Avviso sul sito istituzionale, redatta utilizzando esclusivamente l'apposito schema di domanda allegando al presente Avviso, sottoscritta e debitamente compilata in modo leggibile in ogni sua parte e con allegata la copia non autenticata di un documento di identità valido e corredata da marca da bollo.

La domanda di partecipazione e i relativi allegati dovranno essere trasmessi entro i termini sopra indicati al seguente indirizzo PEC [uocureprimarie@pec.aslavellino.it](mailto:uocureprimarie@pec.aslavellino.it), riportando in oggetto la seguente dicitura "Graduatoria aziendale ASL AV - Medicina Generale - 2022"

Il Direttore f.f. UOC Cure Primarie

Dott.ssa Immacolata Giusto



AL DIRETTORE GENERALE ASL AVELLINO  
DR.SSA MARIA MORGANTE

**BOLLO**

di euro 16,00  
annullare con timbro /sigla  
personale

Il/la sottoscritto a dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ telef \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

**(obbligo di compilare ogni voce scrivendo in stampatello ed in maniera leggibile)**

**DI ESSERE INSERITO (art. 13 comma1 ACN vigente) NELLE GRADUATORIE DEI MEDICI  
DISPONIBILI PER INCARICHI PROVVISORI E/O A TEMPO DETERMINATO DI CODESTA  
AZIENDA**

- medico di Continuità Assistenziale
- medico presso gli Istituti Penitenziari
- medico di Emergenza Sanitaria Territoriale (allegare attestato di emergenza)
- medico di Assistenza Primaria
- medico reperibile nel Distretto Sanitario di \_\_\_\_\_ (solo i medici  
residenti nell'ambito distrettuale in cui si concorre)

**DI ESSERE INSERITO (art. 13 comma1 ACN vigente) NELLE GRADUATORIE  
DEI MEDICI DISPONIBILI PER INCARICHI DI SOSTITUZIONE DI CODESTA AZIENDA**

- medico di Continuità Assistenziale
- medico presso gli Istituti Penitenziari
- medico di Emergenza Sanitaria Territoriale (allegare attestato di emergenza)
- medico di Assistenza Primaria
- medico reperibile nel Distretto Sanitario di \_\_\_\_\_ (solo i medici  
residenti nell'ambito distrettuale in cui si concorre)

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/200 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio)

#### DICHIARA

di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_

di essere in possesso dell'attestato di idoneità al Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

#### DICHIARA INOLTRE

di trovarsi nelle condizioni di seguito contrassegnate: (barrare le caselle che interessano)

di essere inserito nella graduatoria di medicina generale della Regione Campania approvata con D.D. n.4/2021 e pubblicata sul BURC n. 14 del 08/02/2021 con il seguente punteggio:

Punti \_\_\_\_\_ Posizione \_\_\_\_\_

di essere in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

abilitato all'esercizio professionale dopo il 31/12/1994;

di essere iscritto al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

denominazione del corso \_\_\_\_\_

soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_ data inizio \_\_\_\_\_

con borsa                       senza borsa

iscritto a scuola di specializzazione (*specificare scuola e sede*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ iscritto al l'anno di corso \_\_\_\_\_

con contratto di formazione specifica                       senza contratto di formazione specifica

#### Il Sottoscritto dichiara inoltre

*Da compilare obbligatoriamente, pena esclusione, di inserimento in graduatoria*

di non essere                       di essere titolare di incarico di Continuità Assistenziale presso la ASL \_\_\_\_\_ distretto di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

di non essere  di essere titolare di Assistenza Primaria presso la ASL  
distretto di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

di non essere  di essere titolare di incarico di Emergenza Sanitaria Territoriale presso la  
ASL \_\_\_\_\_ distretto di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

di avere  di non avere altri rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale o altri  
Enti

(in caso affermativo specificare il tipo di  
attività \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_)

di avere  di non avere presentato analoga domanda alle seguenti Aziende Sanitarie  
Locali

data \_\_\_\_\_

firma (per esteso)

**N.B.**

Alla domanda sottoscritta dall'interessato deve essere allegata una fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

La presente domanda, obbligatoriamente in bollo, deve essere compilata in modo leggibile in ogni sua parte, a pena di esclusione dell'inserimento dalla graduatoria, e trasmessa tramite pec al seguente indirizzo: [uoccureprimarie@pec.aslavellino.it](mailto:uoccureprimarie@pec.aslavellino.it)

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n° 196 la informiamo che i dati verranno trattati esclusivamente per le finalità per i quali sono stati richiesti.