REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

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

Prot. n. 94 del ~~11/01/2022~~ 11/01/2022

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 uoccureprimarie@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

REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

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.47/2021 e pubblicata sul BURC n. 117 del 20/12/2021 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***

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.