



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

REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

AVVISO PER GLI INCARICHI DI C. A. ED EST MESE DI APRILE 2024

SI COMUNICA CHE LA SEDUTA PER IL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI DI SOSTITUZIONE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE ED EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE RELATIVI AL MESE DI APRILE 2024 SI TERRA' IL GIORNO 15.03.2024 DALLE ORE 09,30 ALLE ORE 13,00 PRESSO L'AULA PASTORE DELL'ASL AVELLINO ALLA VIA DEGLI IMBIMBO 10/12.

SI PRECISA CHE LA PRESENTE CONVOCAZIONE E' VALIDA ESCLUSIVAMENTE PER I MEDICI CHE NON HANNO ALCUN INCARICO IN CORSO/O PER COLORO CHE HANNO INCARICHI CON SCADENZA AL 31.03.2024

GLI STESSI DOVRANNO PRESENTARSI SECONDO L'ORDINE CRONOLOGICO DI SEGUITO RIPORTATO, IN BASE ALLA POSIZIONE IN GRADUATORIA AZIENDALE:

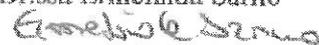
DALLE ORE 09,30 ALLE ORE 10,15 DAL N°1 AL N°250;
DALLE ORE 10,15 ALLE ORE 11,00 DAL N°251 AL N°350 ;
DALLE ORE 11,00 ALLE ORE 11,45 DAL N°351 AL N° 500.

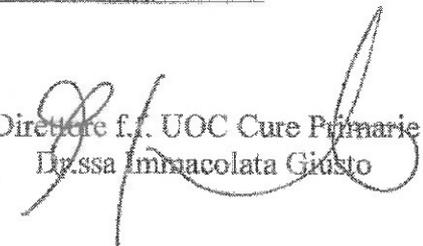
DALLE ORE 12,00 ALLE ORE 13,00 I MEDICI INSERITI NELL'ELENCO DI DISPONIBILITA' ALLEGATO.

Per i medici inseriti negli elenchi di disponibilità si precisa, che per esigenze aziendali,devono essere assegnate in via prioritaria le sedi ove sussistono più carenze.

SI INVITA A RISPETTARE L'ORARIO DI CONVOCAZIONE – GLI INTERESSATI SONO TENUTI A PRESENTARE AUTOCERTIFICAZIONE GIA' COMPILATA E COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'


Dr.ssa Elisa Iannaccone


Dr.ssa Ernelinda Sarno


Il Direttore f.f. UOC Cure Primarie
Dr.ssa Immacolata Giusto



U.O.C. Cure Primarie
Direttore f.f. dott.ssa Immacolata Giusto
uocureprimarie@aslavellino.it
tel/fax 0825/292076

Elenco Medici disponibili C.A. Aprile 2024 - Residenti

	NOMINATIVO	INVITO
1	GIAQUINTO ANITA	INVITO
2	DELLA ROCCA FEDERICO	INVITO
3	RENNA DAVIDE	INVITO
4	MAURIELLO RAFFAELE	INVITO
5	MOSCHELLA LUCA	INVITO
6	GRAZIANO ANTONIO	INVITO
7	VOLPE ANTONIO	INVITO
8	DE ANGELIS CARMINE	INVITO
9	AULETTA ALESSANDRA	INVITO
10	DE FEO DAVIDE	INVITO
11	CIAMPI ANTONIO	INVITO
12	TROCCHIA MARIA ANT.	INVITO
13	IZZO MARIELLA	INVITO
14	ZACCARIA CARMINE	INVITO
15	SERVODIO MARIANNA	INVITO
16	COGLIANO ERMINIA	INVITO
17	COVINO AIDA	INVITO
18	MOLINARIO MARIA ELENA	INVITO
19	NERINO SALVATORE	INVITO
20	GAMBARDELLA MARIA	INVITO
21	DEL GAUDIO DARIO	INVITO
22	RUSSELLO CLAUDIA	INVITO

8

81

23	MOSCHELLA LUCA	INVITO
24	GUERRIERO ANTONIO	INVITO
25	DEL SORBO VIVIAN	INVITO
26	DE FEO DAVIDE	INVITO

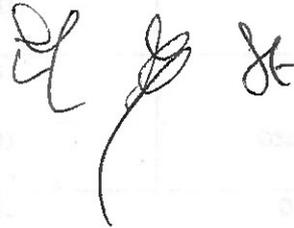


Elenco Medici disponibili C.A. Aprile 2024 - Non residenti

	NOMINATIVO	INVITO
1	CORREALE LAURA	INVITO
2	GULLO ANNALISA	INVITO
3	ROMANO LUIGI	INVITO
4	PELLEGRINO VINCENZO	INVITO
5	DI NARDO VINCENZO	INVITO
6	SORGENTE SIMONE	INVITO
7	DI MARO GIULIANO	INVITO
8	ABATE ANGELA	INVITO
9	PAGLIAFORA PIERPASQUALE	INVITO
10	RAED NAMMOUZ	INVITO
11	CARULLI ROBERTO	INVITO
12	AFELTRA GIUSEPPE	INVITO
13	TAMMARO FELICE	INVITO
14	NOCERINO SALVATORE	INVITO
15	DEL GATTO MARTINA	INVITO
16	LA MARCA ALESSIA	INVITO
17	MATTERA SALVATORE	INVITO
18	LETTIERI SALVATORE	INVITO
19	MARZANO ANDREA MARIA	INVITO
20	FLORIO FRANCESCO	INVITO
21	BOVE FRANCESCO	INVITO
22	MIRRA ELEONORA	INVITO
23	RIZZOLO RICCARDO	INVITO
24	VITIELLO MICHELE	INVITO
25	D'AMATO PIERLUIGI	INVITO

Handwritten signatures and initials:
A small signature above a larger, more prominent signature, with another set of initials to the right.

26	PASQUARIELLO LUCA	INVITO
27	COPPOLA MARIA	INVITO
28	ROMANO LUIGI	INVITO
29	MARINO ARMANDO	INVITO

Handwritten signature or initials in black ink, consisting of several stylized, overlapping characters.



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

U.O. C. Cure Primarie
Direttore ff.
Dr.ssa Immacolata Giusto
e-mail: uocureprimarie@aslavellino.it

Il sottoscritto dott. _____

Nato a _____ il _____

residente a _____ alla Via _____ CAP _____

Telefono _____ pec/email _____

- Incluso nella vigente graduatoria regionale (Decreto Dirigenziale n.50 del 21/12/22 pubblicato sul BURC n.106 del 27/12/2022)
- Incluso nella vigente graduatoria aziendale (Delibera n.427 del 05/04/2023)
- ACCETTA
- RINUNCIA

L' INCARICO PROVVISORIO A TEMPO DETERMINATO di Assistenza Primaria ad Attività Oraria

L' INCARICO DI SOSTITUZIONE di Assistenza Primaria ad Attività Oraria

pari a 24 ore settimanali presso il Presidio di _____ dal _____
al _____ afferente al Distretto Sanitario di _____

Il presente incarico è disciplinato dal vigente ACN MMG per la regolamentazione dei rapporti con i medici di Medicina Generale, sottoscritto in data 28.04.2022 nonché dal vigente Accordo Integrativo Regionale pubblicato con Decreto n.16 del 21.01.2020.

Con la presente accettazione il sottoscritto si impegna, pena cancellazione dalla graduatoria aziendale, ad utilizzare il badge per la rilevazione delle presenze

Si allega:

- dichiarazione di incompatibilità
- copia documento di riconoscimento in corso di validità

Avellino, li _____

il dichiarante

dichiarazione sostitutiva di atto notorio

Sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

DICHIARA

Il sottoscritto dott. _____ nato a _____ il _____

Residente in _____ Via/Piazza _____ n° _____

Iscritto all'Albo dell'ordine dei _____ della Provincia di _____

con il numero iscrizione _____ del _____

Ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 13, dichiara formalmente di:

1) essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente presso soggetti pubblici o privati (2):

Soggetto _____ ore settimanali _____ Via _____

Comune di _____ Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R. _____

con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese

di _____ Azienda _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del D.P.R. _____

Con massimale di n° _____ scelte. Periodo dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ Branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ Branca _____ ore settimanali _____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2):

Provincia _____ Branca _____ Periodo dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 comma del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni:

Azienda _____ Via _____ Tipo di attività _____

Periodo dal _____

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione _____

o in altra regione (2):

Regione _____ Azienda _____ ore settimanali _____

in forma attiva/in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al D.Lgs. n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.Lgs. n° 368/99:

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____ inizio dal _____

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto dei presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni (2):

Organismo _____ ore settimanali _____ Via _____

Comune di _____ Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo dal _____

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazioni ai sensi dell'art. 43, della legge n. 833/78 (2):

Organismo _____ ore settimanali _____ Via _____

Comune di _____ Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo dal _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93:

Azienda _____ ore settimanali _____ Via _____

Comune di _____ Periodo dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelta (2):

Azienda _____ ore settimanali _____ Via _____

Comune di _____ Periodo dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

14) essere/non essere (1) titolare o partecipante di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 14/10/1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo dal: _____

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna): _____

Periodo dal: _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) (2):

Azienda _____ Comune _____ ore settimanali _____

Tipo di attività _____

Periodo dal: _____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione la medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico _____ Via _____

Comune di _____ Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal: _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo dal: _____

20) fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita (2):

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____

Periodo dal: _____

21) aver/non aver ricevuto l'ultimo incarico a tempo determinato, nella Regione _____

nel periodo dal _____ al _____ presso l'ASL _____

presidio di _____

22) aver/non aver lavorato nel mese corrente a tempo determinato, presso l'ASL _____

presidio di _____

NOTE: _____

DICHIARO CHE LE NOTIZIE SOPRA RIPORTATE CORRISPONDONO AL VERO

Avellino, li _____

In fede

(1) – cancellare la parte che non interessa

(2) – qualora lo spazio non fosse sufficiente, per le notizie richieste, utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTA"