



**REGIONE CAMPANIA**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO**  
 www.aslavellino.it

**AVVISO INTERNO**  
**PER MANIFESTAZIONE DI DISPONIBILITA' ORARIA**  
**RISERVATO AL PERSONALE CONVENZIONATO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA**  
**PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA A TEMPO INDETERMINATO ASL AVELLINO**

Al fine di efficientare la qualità dell'offerta assistenziale erogata, in risposta alla domanda formulata dal cittadino-utente, su base distrettuale-territoriale, necessitante, per l'effetto, del coinvolgimento del personale ivi operante in regime di convenzione in qualità di Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria;

Visto il disposto normativo di cui all'art.38, co.8 ACN di settore 28 aprile 2022:

*"l'incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria è di 24h settimanali, con possibilità, per garantire l'attività di assistenza diurna feriale nell'ambito della AFT, di estensione fino a 38 ore, come previsto dall'art.32, comma 8, lettera B, punto I";*

è indetto il presente

**AVVISO INTERNO**

riservato ai Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria a tempo indeterminato dell'ASL di Avellino, finalizzato all'acquisizione di disponibilità oraria - sino a concorrenza del massimale orario disciplinato dalla vigente normativa di settore (38h settimanali) - per l'espletamento di attività prestazionali diurne e feriali in essere presso le sedi distrettuali aziendali.

Si precisa che le attività connesse alle finalità di cui alla presente manifestazione di interesse saranno erogate presso le diverse sedi distrettuali, con obbligo, facente capo all'aspirante assegnatario, di garantire una turnazione di 5h giornaliera, distribuite su due giorni feriali.

**L'assunzione del suddetto impegno è condizione propedeutica alla formalizzazione dell'investitura dell'incremento orario in oggetto.**

Il trattamento economico, da corrispondere in ragione delle suddette attività, seguirà la normativa di settore vigente disciplinante il compenso su base oraria disposto in favore del personale convenzionato di che trattasi.

Gli aspiranti alla suddetta procedura sono invitati a presentare la propria manifestazione di disponibilità in carta semplice mediante utilizzo della modulistica allegata **entro il 09/11/2022**, esclusivamente al seguente indirizzo pec: [protocollo@pec.aslavellino.it](mailto:protocollo@pec.aslavellino.it), avendo cura di allegare alla stessa copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e di indicare in oggetto la seguente dicitura: "**Manifestazione di disponibilità oraria attività distrettuali ASL Avellino**"

Acquisite le istanze di partecipazione, lo Scrivente Ufficio interpellerà i Medici del ruolo unico di Assistenza Primaria ad attività oraria dichiaratisi disponibili, che saranno graduati sulla scorta dei criteri preferenziali descritti come segue:

- 1) maggiore anzianità di incarico maturata esclusivamente presso la Scrivente Azienda;
- 2) minore età alla laurea;
- 3) voto di laurea;
- 4) anzianità di laurea.

L'insussistenza di qualsivoglia condizione di incompatibilità di cui alla vigente normativa di settore è condizione propedeutica all'attribuzione del suddetto incremento orario.

Sono, altresì, considerate condizioni ostative:

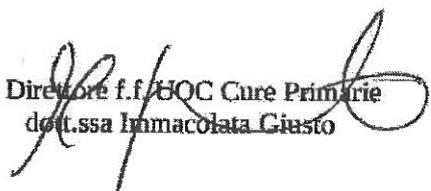
1. titolarità di incarico di Assistenza Primaria a ciclo di scelte;
2. titolarità di incarico di Assistenza Primaria ad attività oraria, con espletamento di attività aggiuntive a cd. completamento orario.

L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso, o parte di esso, nonché di riaprire i termini, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

Per eventuali, ulteriori informazioni, gli interessati potranno rivolgersi all'UOC Cure Primarie tel. 0825/292076 – 0825/292135 – 0825/292062.

Allegato: 1) modello di domanda

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



**AVVISO INTERNO**  
**PER MANIFESTAZIONE DI DISPONIBILITA' ORARIA**  
**RISERVATO AL PERSONALE CONVENZIONATO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA**  
**PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA A TEMPO INDETERMINATO ASL AVELLINO**

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

dichiarando di aver preso visione dell'Avviso Interno di manifestazione di disponibilità oraria riservato al personale convenzionato del ruolo unico di Assistenza Primaria ad attività oraria a tempo indeterminato

**MANIFESTA, a tal fine, LA PROPRIA DISPONIBILITA'**

A tal fine, 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 essere nato/a a \_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso del seguente codice fiscale \_\_\_\_\_;
- di essere residente a \_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_\_ presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_, con votazione;
- di essere titolare di incarico in regime di convezione a tempo indeterminato in qualità di Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria presso il Presidio di \_\_\_\_\_;
- di aver svolto attività convenzionata a tempo indeterminato in qualità di Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria presso l'ASL di Avellino dal \_\_\_\_\_;
- di aver preso visione e, per l'effetto, accettare tutte le condizioni regolamentate dal presente Avviso;
- di autorizzare, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, l'ASL di Avellino al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente nell'ambito dello svolgimento della procedura.

Chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente Avviso sia fatta ai seguenti recapiti:

Domicilio \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

Allega:

- fotocopia fronte/retro di un valido documento di riconoscimento;

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_