



REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO  
www.aslavellino.it

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

PLS n. 1892 DEL 09/02/2022

### Pediatria di Libera Scelta

**Avviso per la predisposizione delle Graduatorie aziendali per incarichi provvisori e sostituzioni**  
Ai sensi dell'art.15, comma 7 ACN di PLS vigente.

Considerato che la Regione Campania sul B.U.R.C. n. 117 del 20/12/2021 ha pubblicato la Graduatoria definitiva di Pediatria di Libera Scelta anno 2021, valevole per l'anno 2022, approvata con Decreto Dirigenziale n.48 del 17/12/2021

Visto l'art.15, comma 7 dell'ACN PLS vigente che prevede per le Aziende la pubblicazione sul sito istituzionale di un avviso per la predisposizione di graduatorie aziendali di pediatri disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o l'affidamento di sostituzione per la Pediatria di Libera Scelta.

I medici pediatri interessati devono presentare, entro il termine perentorio di 30 (trenta) giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso, domanda in bollo che deve essere:

- Redatta secondo lo schema di cui all'allegato A;
- Corredata dalla dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà – Allegato B e della copia del documento di riconoscimento in corso di validità;

La graduatoria di cui all'art.15 comma 7 dell'ACN di PLS vigente viene redatta secondo il seguente ordine di priorità:

1. Pediatri iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
2. Pediatri che abbiano acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda in graduatoria regionale, graduati nell'ordine dell'anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

**La domanda deve essere inviata con gli allegati in un unico file formato pdf, via pec all'indirizzo: [uocureprimarie@pec.aslavellino.it](mailto:uocureprimarie@pec.aslavellino.it), con l'indicazione precisa dell'oggetto: "inserimento graduatoria aziendale pediatri di libera scelta".**

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



REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO  
www.aslavellino.it

ALLA U.O.C. CURE PRIMARIE  
ASL AVELLINO

**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 \_\_\_\_\_  
laureato/a in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_/110 presso l'Università degli Studi  
di \_\_\_\_\_, abilitato all'esercizio della professione medica nell'anno \_\_\_\_\_, iscritto  
all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con numero iscrizione  
\_\_\_\_\_, di essere specializzato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ con  
voto \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_

CHIEDE

In applicazione del vigente Accordo Collettivo Nazionale Medici Pediatri di Libera Scelta, di essere inserito nella graduatoria aziendale dei Pediatri disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione per la Pediatria di Libera Scelta.

A tal'uopo lo scrivente dichiara:

(biffare un solo item dei seguenti due)

- di essere inserito nella Graduatoria Regionale Definitiva 2021 valevole per l'anno 2022, pubblicata sul BURC n.117 del 20/12/2021, alla posizione \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;
- di non essere inserito nella Graduatoria Regionale Definitiva 2021 valevole per l'anno 2022, pubblicata sul BURC pubblicata sul BURC n. 117 del 20/12/2021;

Il sottoscritto, consapevole che le convocazioni per l'eventuale conferimento di incarico provvisorio o di sostituzione avverranno esclusivamente per Posta Elettronica Certificata, indica di seguito il proprio indirizzo PEC:

\_\_\_\_\_  
(per chiarezza indicare la Pec in maniera leggibile)

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2002 e s.m.i. e consapevole della decadenza dai benefici, prevista dall'art. 75, e delle sanzioni penali, previste dall'art. 76, per chi attesta il falso, rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso dichiara sotto la propria responsabilità:

- che quanto sopra riportato corrisponde al vero;
- che comunicherà all'ASL Avellino ogni intervenuta incompatibilità.

Autorizza, inoltre, il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, anche con strumenti informatici, per tutta le finalità istituzionali, ai sensi del D.lgs. 30/06/2003, n.196 e s.m.i.

Si allega copia della \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Rilasciata da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

DICHIARAZIONE INFORMATIVA  
(dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

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 dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di \_\_\_\_\_

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28712/2000 e s.m.i. e consapevole della decadenza dai benefici, prevista dall'art. 75, e delle sanzioni penali, previste dall'art. 76, per chi attesta il falso, rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità che quanto di seguito riportato corrisponde al vero.

**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 dell'ACN 2005 e s.m.i.**

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 \_\_\_\_\_ Branchia \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_ Branchia \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

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

Provincia \_\_\_\_\_ Branchia \_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_

**6) 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)

**7) 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):**

Periodo dal: \_\_\_\_\_

NOTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(data)

\_\_\_\_\_

(firma)

(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"