



REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO  
www.aslavellino.it

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

**AVVISO PER UN INCARICO PROVVISORIO MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA AI  
SENSI DELL'ART. 38, COMMA 1 ACN MMG vigente.**

È indetto Avviso per il conferimento di **un incarico provvisorio di medico di Assistenza Primaria**, di durata massima di 12 mesi, ovvero fino alla data di inserimento del medico titolare avente diritto all'incarico a tempo indeterminato, secondo le modalità previste dall'art. 38, comma 1 del vigente Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, presso il seguente ambito territoriale:

**Distretto 4 Ambito Territoriale 6 Comune di Chianche**

REQUISITI PER L'AMMISSIONE

Possono presentare domanda di partecipazione all'incarico di cui trattasi i medici di medicina generale iscritti all'albo professionale, inseriti nella vigente graduatoria aziendale.

Nella domanda, di cui all'allegato n° 1, da inviare firmata **esclusivamente all'indirizzo pec: [uoccureprimarie@pec.aslavellino.it](mailto:uoccureprimarie@pec.aslavellino.it)** entro il termine perentorio di sette giorni dalla pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale (08/09/2021 ore 12,00), allegando copia di un documento di identità, il candidato dovrà dichiarare sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità, amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio):

- a) la data, il luogo di nascita e la residenza;
- b) iscrizione all'albo professionale;
- c) posizione ricoperta nella vigente graduatoria aziendale della Medicina Generale, con relativo punteggio;
- d) il domicilio o l'indirizzo presso il quale devono, ad ogni effetto, essere inviate le necessarie comunicazioni. In caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto, la residenza indicata alla lettera a);
- e) recapito telefonico, l'indirizzo pec e/o di posta elettronica;
- f) di far cessare, entro la data di decorrenza dell'incarico in parola, eventuali situazioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa (ACN MMG).

**La presentazione della domanda per ricoprire l'incarico in oggetto è considerata – ad ogni effetto – immediatamente impegnativa per i medici resisi disponibili.**

L'incarico sarà assegnato, in condizioni di compatibilità, nel rispetto della graduatoria aziendale, con priorità per i medici di medicina generale residenti nell'ambito carente.

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 – 0825/292030 – 0825/292057.

Allegato: 1) modello di domanda

Il Direttore ff  
UOC Cure Primarie  
D.ssa Immacolata Giusto

<b>CONFERIMENTO INCARICO PROVVISORIO DI ASSISTENZA PRIMARIA AI SENSI DELL'ART. 38 COMMA 1 ACN MMG VIGENTE</b>
---

Azienda Sanitaria Locale Avellino  
UOC Cure Primarie

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

PEC. \_\_\_\_\_

**Intende presentare domanda per ricoprire l'incarico provvisorio di Medico di Assistenza Primaria, con obbligo di apertura studio nel:**

**Distretto 4 Avellino Ambito territoriale 6 Comune di Chianche**

A tal fine, consapevole che il rilascio di dichiarazioni mendaci, la formazione di atti falsi ed il loro uso è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia e che, in caso di non veridicità della dichiarazione, è prevista la decadenza dai benefici acquisiti sulla base della medesima, come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28712/2000, n.445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", ai sensi degli artt. 46 e 47 dello stesso D.P.R.

**DICHIARA**

- a) Di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e di risiedere attualmente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_
- b) Di essersi laureato/a in Medicina e Chirurgia a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_ ed abilitato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- c) Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;
- d) di essere inserito nella Graduatoria Regionale Definitiva 2020 valevole per l'anno 2021, pubblicata sul BURC n. 14 del 08/02/2021, alla posizione \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;
- e) di essere inserito nella Graduatoria aziendale 2020 valevole per l'anno 2021, giusta Delibera n. 964 del 18.06.2021, alla posizione \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;
- f) di non aver riportato condanne per reati contro la pubblica amministrazione (codice penale libro II, titolo II) e non avere procedimenti penali pendenti per i medesimi reati;

- g) di accettare tutte le indicazioni contenute nel bando e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, finalizzato alla gestione della procedura concorsuale e degli adempimenti conseguenti;
- h) di far cessare, entro la data di decorrenza dell'incarico, eventuali situazioni di incompatibilità ;
- i) di accettare che la presentazione della domanda per ricoprire l'incarico è considerata – ad ogni effetto – immediatamente impegnativa.

**(Informativa privacy)**

Di essere informato che ai sensi del D.lgs. 30/06/2003, n.196 e s.m.i., (“Codice in materia di protezione dei dati personali”), i dati personali, anche di natura sensibile o giudiziaria, forniti in relazione alla presente procedura, saranno trattati esclusivamente per le finalità di gestione della medesima e del rapporto contrattuale ad essa conseguente.

In fede

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_