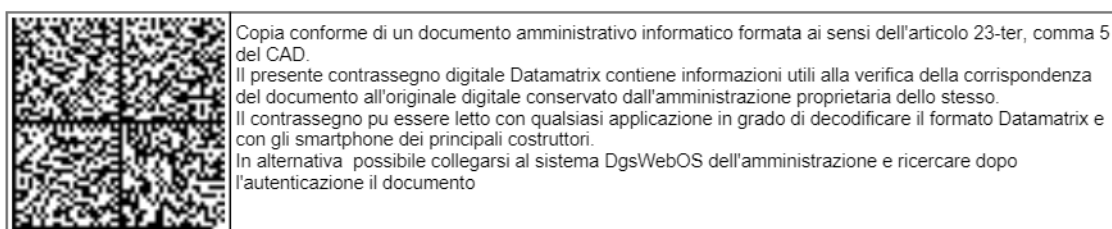


ASL Avellino

L' art. 23 del Codice dell'Amministrazione Digitale (Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e s.m.i.), riconosce alle copie analogiche di documenti informatici (es. la stampa di un certificato, un contratto, ecc.) la stessa efficacia probatoria dell'originale informatico da cui sono tratti se la loro conformità non viene espressamente disconosciuta (in giudizio). Diverso il caso in cui la conformità all'originale informatico, in tutte le sue componenti, sia attestata da un pubblico ufficiale autorizzato. In questo caso, infatti, per negare alla copia analogica di documento informatico la stessa efficacia probatoria del documento sorgente si rende necessaria la querela di falso.

Questo regime, di carattere generale, incontra alcune deroghe rispetto alle copie analogiche di documenti amministrativi informatici.

L'art. 23-ter del CAD prevede che sulle copie analogiche di documenti amministrativi informatici possa essere apposto un contrassegno a stampa (detto anche timbro digitale o glifo) che consente di accertare la corrispondenza tra le copie analogiche stesse e l'originale informatico (in esso deve essere codificato, infatti, il documento informatico o le informazioni necessarie a verificarne la corrispondenza all'originale in formato digitale). La verifica avviene grazie ad appositi software che leggono le informazioni contenute nel timbro digitale. I software necessari per l'attività di verifica devono essere gratuiti e messi liberamente a disposizione da parte delle amministrazioni.



Impronta del documento digitale originale: a51d4a5e9ae0b704e4a7bbdab1515c06

Identificativo del documento digitale originale: 335800

Protocollo: ASLAV-0046609-2023 23-05-2023 12:41:18



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
 www.aslavellino.it

AVVISO

**PER MANIFESTAZIONE DI DISPONIBILITA' ORARIA
 RISERVATO AL PERSONALE CONVENZIONATO INTERNO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA
 PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA A TEMPO INDETERMINATO E DETERMINATO, AL
 PERSONALE CONVENZIONATO INTERNO A TEMPO INDETERMINATO E DETERMINATO PER IL
 SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE E COT ASL AVELLINO ED AI MEDICI DI
 CUI ALLA GRADUATORIA AZIENDALE DEFINITIVA DI DISPONIBILITA'**

Al fine di dotare il P.O. Landolfi di Solofra di ulteriore personale medico in ragione della pronta attivazione del Punto di "Primo Intervento" ad esso afferente, su richiesta dell'Azienda Ospedaliera Moscati di Avellino (prot. AOM0011609 dell'11/04/2023),
 è indetto il presente

AVVISO

riservato

- ai Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria a tempo indeterminato e determinato dell'ASL di Avellino, siano essi titolari di incarico pari a 24h e 38h settimanali;
- al personale convenzionato a tempo indeterminato e determinato per il servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale e COT, finalizzato all'acquisizione di disponibilità oraria eccedente le 38h settimanali;
- ai medici di cui alla graduatoria aziendale definitiva di disponibilità (deliberazione aziendale n.427 del 05/04/2023);

per l'espletamento di attività prestazionali aggiuntive diurne, festive e feriali presso il Punto di Primo Intervento del P.O. Landolfi di Solofra.

Si precisa che le attività connesse alle finalità di cui alla presente manifestazione di interesse saranno erogate presso la suddetta sede in osservanza del turno 08,00-20,00.

L'assunzione del suddetto impegno è condizione propedeutica alla formalizzazione dell'investitura dell'attribuzione/incremento orario in oggetto e che, con riferimento al personale medico convenzionato per il Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale, l'espletamento delle suddette attività è subordinato al previo assenso del Direttore UOC EST e COT.

Il perfezionamento giuridico ed economico di quanto innanzi sarà gestito ed erogato dall'Azienda beneficiaria delle prestazioni in oggetto (AORN Moscati-Avellino).

Gli aspiranti alla suddetta procedura sono invitati a presentare la propria manifestazione di disponibilità in carta semplice mediante utilizzo della modulistica allegata entro il **30/05/2023**, esclusivamente al seguente indirizzo pec: **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 assistenziali Punto di Primo Intervento - P.O. Landolfi di Solofra"**

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
 dott.ssa Immacolata Giusto

AVVISO
PER MANIFESTAZIONE DI DISPONIBILITA' ORARIA
RISERVATO AL PERSONALE CONVENZIONATO INTERNO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA
PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA A TEMPO INDETERMINATO E DETERMINATO, AL
PERSONALE CONVENZIONATO INTERNO A TEMPO INDETERMINATO E DETERMINATO PER IL
SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE E COT ASL AVELLINO ED AI MEDICI DI
CUI ALLA GRADUATORIA AZIENDALE DEFINITICA DI DISPONIBILITA

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

Il/La sottoscritto/a _____,

dichiarando di aver preso visione dell'Avviso di cui in oggetto

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/determinato in qualità di Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria presso il Presidio di _____ (specificare numero di ore di incarico) dal _____;
- di essere titolare di incarico in regime di convezione a tempo indeterminato/determinato in qualità di Medico di Emergenza Sanitaria _____ dal _____;
- di essere collocato alla _____ posizione nella vigente graduatoria aziendale di disponibilità di cui alla deliberazione aziendale n.427 del 05/04/2023;
- 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 _____