



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

U.O.C. Cure Primarie

Direttore f.f. dott.ssa Immacolata Giusto

Tel. e Fax 0825/292076

uocureprimarie@pec.aslavellino.it

ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA

AVVISO

**PER MANIFESTAZIONE DI DISPONIBILITA' ORARIA
RISERVATO AL PERSONALE CONVENZIONATO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA
PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA A TEMPO INDETERMINATO ASL AVELLINO ED AI
MEDICI INSERITI NELLA VIGENTE GRADUATORIA AZIENDALE DI SETTORE
(DELIBERAZIONE AZIENDALE N.427 DEL 05/04/2023)**

Al fine di fronteggiare le criticità d'organico rappresentate dal Direttore del Distretto Sanitario di Sant'Angelo dei Lombardi in merito alla carenza di personale medico sussistente presso la RSA Anziani di Nusco,

è indetto il presente

AVVISO

riservato al personale convenzionato del ruolo unico di Assistenza Primaria ad attività oraria ed ai medici inseriti nella vigente graduatoria aziendale di settore, di cui alla deliberazione aziendale n.427 del 05/04/23, finalizzato all'acquisizione di disponibilità oraria - sino a concorrenza del massimale orario disciplinato dalla vigente normativa di settore (38h settimanali) per gli aspiranti già titolari di incarico, e sino a 24h settimanali per i medici inseriti in graduatoria - per l'espletamento di attività prestazionali diurne e feriali presso la succitata sede.

Si precisa che gli incarichi in oggetto a 24h settimanali, da intendersi conferiti per mesi 6 con possibilità di proroga alla scadenza, si articolano in turni diurni di 6h distribuiti su cinque giorni feriali.

Il trattamento economico seguirà la normativa di settore vigente disciplinante il compenso su base oraria disposto in favore dei medici del ruolo unico di Assistenza Primaria ad attività oraria.

Gli aspiranti alla suddetta procedura sono invitati a presentare la propria manifestazione di disponibilità in carta semplice, a mezzo modulistica in allegato, entro e non oltre il 05/09/2023, 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 RSA Nusco".

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

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.

A seguire, i medici inseriti nella vigente graduatoria aziendale di settore in ragione del rispettivo posizionamento.

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

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
dott.ssa Immacolata Ciarso

Il Direttore Amministrativo
dott.ssa Laura Coppola

Il Direttore Sanitario
dott.ssa Maria Concetta Conte

Il Direttore Generale
dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

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 ED AI
MEDICI INSERITI NELLA VIGENTE GRADUATORIA AZIENDALE DI SETTORE
(DELIBERAZIONE AZIENDALE N.427 DEL 05/04/2023)

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 ai medici inseriti nella vigente graduatoria aziendale di settore

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 collocato alla _____ posizione nella vigente graduatoria regionale di settore;
- di essere collocato alla _____ posizione nella vigente graduatoria aziendale di settore;
- 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 con impegno orario pari a _____ h settimanali presso il Presidio di _____ 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 _____