



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

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

AVVISO PER GLI INCARICHI DI C. A. ED EST MESE DI DICEMBRE 2023-RETTIFICA.

SI COMUNICA CHE LA SEDUTA PER IL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI DI SOSTITUZIONE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE ED EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE RELATIVI AL MESE DI DICEMBRE 2023 SI TERRA' IL GIORNO 23.11.2023 DALLE ORE 09,30 ALLE ORE 13,00 PRESSO L'AULA PASTORE DELL'ASL AVELLINO ALLA VIA DEGLI IMBIMBO 10/12, ANZICHE' IL 17.11.2023 PER MOTIVI ORGANIZZATIVI.

SI PRECISA CHE LA PRESENTE CONVOCAZIONE E' VALIDA ESCLUSIVAMENTE PER I MEDICI CHE NON HANNO ALCUN INCARICO IN CORSO/O PER COLORO CHE HANNO INCARICHI CON SCADENZA AL 31.11.2023

GLI STESSI DOVRANNO PRESENTARSI SECONDO L'ORDINE CRONOLOGICO DI SEGUITO RIPORTATO, IN BASE ALLA POSIZIONE IN GRADUATORIA AZIENDALE:

DALLE ORE 09,30 ALLE ORE 10,30 DAL N°1 AL N°200;
DALLE ORE 10,30 ALLE ORE 11,30 DAL N°201 AL N°300 ;
DALLE ORE 11,30 ALLE ORE 12,30 DAL N°301 AL N° 450;
DALLE ORE 12,30 ALLE ORE 13,00 DAL N°451 AL N°501

SI INVITA A RISPETTARE L'ORARIO DI CONVOCAZIONE – GLI INTERESSATI SONO TENUTI A PRESENTARE AUTOCERTIFICAZIONE GIA' COMPILATA E COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'

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



U.O. C. Cure Primarie
Direttore ff.
Dr.ssa Immacolata Giusto
e-mail: uoccureprimarie@aslavellino.it

Il sottoscritto dott. _____

Nato a _____ il _____

residente a _____ alla Via _____ CAP _____

Telefono _____ pec/email _____

- Incluso nella vigente graduatoria regionale (Decreto Dirigenziale n.50 del 21/12/22 pubblicato sul BURC n.106 del 27/12/2022)
- Incluso nella vigente graduatoria aziendale (Delibera n.427 del 05/04/2023)
- ACCETTA
- RINUNCIA

L' INCARICO PROVVISORIO A TEMPO DETERMINATO di Assistenza Primaria ad Attività Oraria

L' INCARICO DI SOSTITUZIONE di Assistenza Primaria ad Attività Oraria

pari a 24 ore settimanali presso il Presidio di _____ dal _____
ai _____ afferente al Distretto Sanitario di _____

Il presente incarico è disciplinato dal vigente ACN MMG per la regolamentazione dei rapporti con i medici di Medicina Generale, sottoscritto in data 28.04.2022 nonché dal vigente Accordo Integrativo Regionale pubblicato con Decreto n.16 del 21.01.2020.

Con la presente accettazione il sottoscritto si impegna, pena cancellazione dalla graduatoria aziendale, ad utilizzare il badge per la rilevazione delle presenze

Si allega:

- dichiarazione di incompatibilità
- copia documento di riconoscimento in corso di validità

Avellino, li _____

il dichiarante

dichiarazione sostitutiva di atto notorio

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 dell'ordine dei _____ della Provincia di _____

con il numero iscrizione _____ del _____

Ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 13, dichiara formalmente di:

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 del D.P.R. _____

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 _____ Branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ Branca _____ ore settimanali _____

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

Provincia _____ Branca _____ Periodo dal _____

6) **avere/non avere** (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 comma del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni:

Azienda _____ Via _____ Tipo di attività _____

Periodo dal _____

7) **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)

8) **essere/non essere iscritto** (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 256/91 o a

corso di specializzazione di cui al D.Lgs. n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.Lgs. n° 368/99:

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____ inizio dal _____

9) **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):

Organismo _____ ore settimanali _____ Via _____

Comune di _____ Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo dal _____

10) **operare/non operare** (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazioni ai sensi dell'art. 43, della legge n. 833/78 (2):

Organismo _____ ore settimanali _____ Via _____

Comune di _____ Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo dal _____

11) **svolgere/non svolgere** (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93:

Azienda _____ ore settimanali _____ Via _____

Comune di _____ Periodo dal _____

12) **svolgere/non svolgere** (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelta (2):

Azienda _____ ore settimanali _____ Via _____

Comune di _____ Periodo dal _____

13) **avere/non avere** (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

14) **essere/non essere** (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

15) **fruire/non fruire** (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 14/10/1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo dal: _____

16) **svolgere/non svolgere** (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna): _____

Periodo dal: _____

17) **essere/non essere** (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) (2):

Azienda _____ Comune _____ ore settimanali _____

Tipo di attività _____

Periodo dal: _____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione la medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico _____ Via _____

Comune di _____ Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal: _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo dal: _____

20) fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita (2):

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____

Periodo dal: _____

21) aver/non aver ricevuto l'ultimo incarico a tempo determinato, nella Regione _____

nel periodo dal _____ al _____ presso l'ASL _____

presidio di _____

22) aver/non aver lavorato nel mese corrente a tempo determinato, presso l'ASL _____

presidio di _____

NOTE: _____

DICHIARO CHE LE NOTIZIE SOPRA RIPORTATE CORRISPONDONO AL VERO

Avellino, li _____

In fede

(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"