



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
 www.aslavellino.it

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

Al fine di implementare l'attività di certificazione afferente l'area distrettuale territoriale di Medicina Legale, necessitante, per l'effetto, del coinvolgimento del personale ivi operante in regime di convenzione in qualità di Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad Attività oraria;

Visto il disposto normativo di cui all'art. 38, comma 8 ACN di settore vigente che recita: *"ai medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria già titolari di incarico all'entrata in vigore del presente Accordo, con incarico di 24 ore settimanali, possono essere attribuite, per attività istituzionali e progetti assistenziali definiti nell'ambito degli Accordi regionali ed aziendali, ulteriori 4 ore collegate a prestazioni diurne, in giorni feriali o festivi, nella AFT. Tali ore non concorrono alla determinazione del massimale orario. Sono fatti salvi gli Accordi regionali vigenti in materia"*;

Visto che, ai sensi dell'art. 44, comma 9, *"gli Accordi regionali ed aziendali possono individuare, nello svolgimento dell'attività oraria, ulteriori compiti e modalità di partecipazione del medico alle attività previste nelle nuove forme organizzative"*;

è indetto il presente

AVVISO INTERNO

riservato ai Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad Attività oraria a tempo indeterminato dell'ASL di Avellino, finalizzato all'acquisizione di disponibilità oraria, fino a concorrenza del massimale orario disciplinato dalla vigente normativa di settore, per l'espletamento di attività prestazionali diurne e feriali in essere presso le sedi distrettuali aziendali.

Si precisa che le attività connesse alle finalità di cui alla presente manifestazione di interesse saranno erogate presso le diverse sedi distrettuali, con obbligo, facente capo all'aspirante assegnatario, di garantire una turnazione di minimo 4h settimanali, distribuite su due giorni feriali (2h +2h) oppure in un unico giorno (4h).

L'assunzione del suddetto impegno è condizione propedeutica alla formalizzazione

dell'incremento orario in oggetto.

Il trattamento economico, da corrispondere in ragione delle suddette attività, seguirà la normativa di settore vigente disciplinante il compenso su base oraria disposto in favore del personale convenzionato di che trattasi.

Gli aspiranti alla suddetta procedura sono invitati a presentare la propria manifestazione di disponibilità in carta semplice mediante utilizzo della modulistica allegata **entro il 21/07/2025**, 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 distrettuali ASL Avellino"**

Acquisite le istanze di partecipazione, lo Scrivente Ufficio interpellierà 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.

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

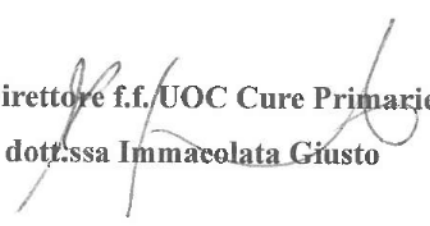
Sono, altresì, considerate condizioni ostative:

1. 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 – 0825/292014 – 0825/292050.

Allegato: 1) modello di domanda


Il Direttore f.f./UOC Cure Primarie
dott.ssa Immacolata Giusto

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

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 al personale convenzionato del ruolo unico di Assistenza Primaria ad Attività oraria a tempo indeterminato

MANIFESTA 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 in qualità di Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad Attività oraria presso il Presidio di _____;
- 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
