



**REGIONE CAMPANIA**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO**  
[www.aslavellino.it](http://www.aslavellino.it)

**AVVISO**

**PER MANIFESTAZIONE DI DISPONIBILITÀ' ORARIA**  
**RISERVATO AL PERSONALE CONVENZIONATO INTERNO DEL RUOLO UNICO DI**  
**ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITÀ' 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**  
**DISPONIBILITÀ'**

Al fine di dotare i Presidi Ospedalieri di Ariano Irpino (Sant'Ottone Frangipane) e Sant'Angelo dei Lombardi (Crisculi-Frieri) e dell'Azienda Ospedaliera San G. Moscati di Avellino (richiesta prot. gen. AOM0000929 del 13/01/2026) di ulteriore personale medico, per la durata di 6 mesi, per l'erogazione di prestazioni sanitarie inerenti la gestione dei codici minori (bianchi e verdi) da rendersi presso i rispettivi Pronto Soccorso,

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. 469 del 31/03/2025);

per l'espletamento di attività prestazionali aggiuntive inerenti la gestione dei codici minori (bianchi e verdi) da rendersi presso i Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri di Ariano Irpino (Sant'Ottone Frangipane) e Sant'Angelo dei Lombardi (Crisculi-Frieri) e dell'Azienda Ospedaliera San G. Moscati di Avellino.

Si precisa che le attività connesse alle finalità di cui alla presente manifestazione di interesse saranno erogate presso le suddette sedi in osservanza dei turni 08:00 – 20:00 / 20:00 - 08:00.

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 dell'UOC EST e COT.

Il compenso orario per le prestazioni rese sarà liquidato secondo quanto previsto dagli Accordi Collettivi Nazionale e Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale vigenti.

Gli aspiranti alla suddetta procedura sono invitati a presentare la propria manifestazione di disponibilità in

carta semplice mediante utilizzo della modulistica allegata, entro 10 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso, 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 Pronto Soccorso dei PPOO di Ariano Irpino (Sant'Ottone Frangipane) e Sant'Angelo dei Lombardi (Criscuoli-Frieri) e dell'AORN San G. Moscati di Avellino"**

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

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
dott. Gaetano Memoli

IL DIRETTORE SANITARIO  
dott.ssa Emilia Anna Vozzella

Il Direttore Generale  
dott.ssa Maria Concetta Conte

All'ASL di Avellino  
UOC Cure Primarie  
[protocollo@pec.aslavellino.it](mailto:protocollo@pec.aslavellino.it)

## **AVVISO**

### ***PER MANIFESTAZIONE DI DISPONIBILITÀ' ORARIA***

**RISERVATO AL PERSONALE CONVENZIONATO INTERNO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITÀ' 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 DISPONIBILITÀ'**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

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

### **MANIFESTA, a tal fine, LA PROPRIA DISPONIBILITÀ'**

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. 469 del 31/03/2025;

- 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 e ss.mm.ii., 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 \_\_\_\_\_