



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 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.

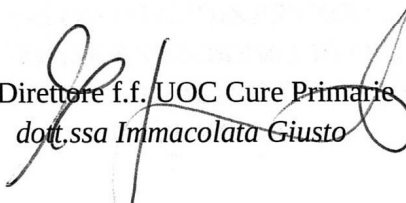
Il compenso orario per le prestazioni rese sarà liquidato secondo quanto previsto dagli Accordi Collettivi Nazionale e Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale vigenti.

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 (Crisculi-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

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'**

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. 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 _____