



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

U.O.C. Cure Primarie
Il Direttore f.f.
dott.ssa Immacolata Giusto
mail: uoccureprimarie@aslavellino.it
Tel. 0825/292076 - 0825/292050

Manifestazione d'interesse riservata ai Medici titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di Assistenza Primaria, a ciclo di scelta e a rapporto orario, presso l'ASL Avellino per il passaggio al ruolo unico di Assistenza Primaria, ai sensi dell'art. 32, comma 8, A.C.N. per la Medicina Generale

Considerato che:

- l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale vigente, all'art. 32, comma 8, dispone che l'Azienda, prima della pubblicazione degli incarichi vacanti, propone:

1) ai Medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria a ciclo di scelta il completamento dell'impegno settimanale con l'attività a rapporto orario;

2) ai Medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria a rapporto orario il completamento dell'incarico fino a 38 ore settimanali con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico nella zona territoriale carente ricompresa nell'AFT di riferimento;

- ai sensi dell'art. 38, comma 1, dello stesso A.C.N. l'incarico del ruolo unico di Assistenza Primaria è conferito in una sola Azienda e comporta lo svolgimento di attività a ciclo di scelta e attività oraria pari a 38 ore settimanali con progressiva riduzione dell'attività oraria rispetto all'aumento delle scelte in carico fino al massimale di 1.500 assistiti;

- la modulazione tra le due attività comporta l'adeguamento dell'attività oraria come di seguito indicato:

- a) dal conferimento dell'incarico fino a 400 assistiti, 38 ore;
- b) da 401 a 1.000 assistiti, 24 ore;
- c) da 1.001 a 1.200 assistiti, 12 ore;
- d) da 1.201 a 1.500 assistiti, 6 ore.

Per quanto premesso

E' INDETTO AVVISO
rivolto

1. ai Medici con incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria a ciclo di scelta per il completamento dell'impegno settimanale con l'attività a rapporto orario;

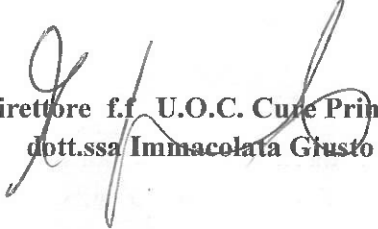
2. ai Medici con incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria a rapporto orario per il completamento dell'incarico fino a 38 ore settimanali con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico nella zona territoriale carente ricompresa nell'AFT di riferimento.

Il completamento è offerto ai Medici con maggiore anzianità di incarico.

In caso di pari anzianità si fa riferimento ai criteri di cui all'articolo 34, comma 11, ultimo periodo (minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea).

L'accettazione del completamento comporta il passaggio al ruolo unico di Assistenza Primaria di cui all'ACN di categoria vigente.

I Medici interessati devono presentare, **entro e non oltre il 26/03/2025, ore 12,00**, apposita istanza, redatta utilizzando il modello allegato, corredata da copia di un documento di riconoscimento in corso di validità, che deve essere inoltrata all'indirizzo PEC: uoccureprimarie@pec.aslavellino.it, pena l'esclusione dalla procedura.


Il Direttore f.f. U.O.C. Cure Primarie
dott.ssa Immacolata Giusto

Al Direttore Generale dell'ASL Avellino

Direttore UOC Cure Primarie
uoccureprimarie@pec.aslavellino.it

Oggetto: Istanza per il passaggio al ruolo unico di Assistenza Primaria ai sensi dell'art. 32, comma 8, A.C.N. per la Medicina Generale.

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ (prov. _____)
il _____ Codice Fiscale _____
e residente nel Comune di _____ (prov. _____)
CAP _____
al/alla Via/Corso/P.zza _____ n. _____
Cellulare _____ Telefono fisso _____ laureato/a in
Medicina e Chirurgia il _____ con voto _____ /110 presso l'Università
degli Studi di _____, abilitato all'esercizio della professione medica
nell'anno _____, iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia
di _____ dal _____ con numero
iscrizione _____,

CHIEDE

(flaggare solo la voce di interesse)

☐ quale titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria a ciclo di scelta, a far data dal _____, il completamento dell'impegno settimanale con l'attività a rapporto orario;

☐ quale titolare di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di Assistenza Primaria a rapporto orario, a far data dal _____, il completamento dell'incarico fino a 38 ore settimanali con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico nell'ambito territoriale carente ricompreso nella AFT di riferimento;

e, pertanto, il passaggio al ruolo unico di Assistenza Primaria ai sensi dell'art. 32 co. 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale Medici di Medicina Generale 2024.

Allo scopo, lo scrivente dichiara:
(*flaggare solo la voce di interesse*)

☐ di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria a ciclo di scelta, attualmente:
nell'ambito territoriale _____,
del Distretto Sanitario _____, con obbligo di studio _____,
codice regionale _____.

☐ di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria ad attività oraria, attualmente:
presso il Presidio _____,
del Distretto Sanitario _____.

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii. e consapevole della decadenza dai benefici, prevista dall'art. 75, e delle sanzioni penali, previste dall'art. 76, per chi attesta il falso, rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

Inoltre, dichiara di essere consapevole che le convocazioni e/o le comunicazioni per l'eventuale completamento di incarico saranno inviate esclusivamente per Posta Elettronica Certificata all'indirizzo dal quale è stata inviata la domanda.

Autorizza, infine, il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, anche con strumenti informatici, per tutte le finalità istituzionali, ai sensi del D.LGS. 30/06/2006, n. 196 e ss.mm.ii.

Si allega copia di un documento di identità in corso di validità.

Luogo e data _____

Firma
