



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

U.O.C. Cure Primarie
Direttore f.f. dott.ssa Immacolata Giusto
Tele Fax 0825/292076
uocureprimarie@aslavellino.it

**GRADUATORIA AZIENDALE DEI MEDICI
SPECIALISTI, DEI VETERINARI E DELLE ALTRE
PROFESSIONALITA' SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI,
PSICOLOGI)
A VALERE PER L'ANNO 2027**

Con il presente Avviso, si rende noto che - **dal 01/01/2026 al 31/01/2026 (ore**

23.59) - i medici specialisti, i veterinari ed i professionisti psicologi, chimici e biologi, in possesso dei requisiti di cui all'art.19, comma 4 ACN 04 aprile 2024, interessati a presentare la propria candidatura per l'inserimento nelle rispettive graduatorie aziendali di settore a valere per l'anno 2027, sono invitati a compilare - in ogni Sua parte - la modulistica acclusa al presente Avviso, avendo cura di trasmetterla esclusivamente al seguente indirizzo pec (**protocollo@pec.aslavellino.it**).

Gli stessi sono invitati a riportare nell'oggetto la seguente dicitura: "*Specialistica ambulatoriale - Graduatoria aziendale anno 2027 - Domanda di inserimento - "Nome e Cognome del Candidato"*" ed a trasmettere la documentazione dovuta in un **unico formato PDF**.

Si rappresenta che non costituiranno oggetto di valutazione a) le istanze presentate in data antecedente e successiva ai termini innanzi detti, b) prive di idoneo documento di riconoscimento, c) di imposta di bollo, d) e/o trasmesse difformemente alle indicazioni operative rappresentate nel suddetto Avviso.

Gli interessati sono invitati a conservare copia della ricevuta di avvenuta accettazione e consegna della pec di trasmissione candidatura, da esibire in ipotesi di mancata acquisizione della propria istanza.

Il Direttore f.f. della UOC Cure Primarie
dr.ssa Immacolata Giusto

valida per l'anno **2027**

(art. 19 – ACN 04 aprile 2024)

per i Medici Specialisti e Odontoiatri

altre Professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

e Medici Veterinari

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO U. O. C. SPECIALISTICA AMBULATORIALE	
Prot. n.	Data

➤ ASL AVELLINO -UOC CURE PRIMARIE
Specialistica Ambulatoriale

PEC :

protocollo@pec.aslavellino.it

.. / .. / .. sottoscritt_ Dott.

(Cognome)

(Nome)

nato il .. / .. / .. a. (prov.),

Comune di residenza..... (prov.)

Via n. CAP.....

Telefono cellulare Telefono fisso

PEC E-mail

Via n.

CAP..... Città

☐ (Casella da barrare solo da chi presenta la domanda per la prima volta)

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria valida per l'anno 2027, secondo quanto previsto dall'art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale di cui all' ACN 04 aprile 2024, per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, Medici veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

MEDICI (Indicare una delle branche previste dall'Allegato 2 dell'Accordo Collettivo Nazionale)

☐ BIOLOGI☐ CHIMICI☐ PSICOLOGI☐ PSICOTERAPEUTI

VETERINARI Area:

☐ A (Sanità animale)☐ B (Igiene degli alimenti)☐ C (Igiene degli allevamenti)

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Data.....

Firma per esteso.....

Inoltre esprime la propria ☐ disponibilità ☐ indisponibilità (barrare la voce che interessa) ad essere inserito/a nelle graduatorie di cui al comma 5 dell'art.19 del vigente A.C.N. (graduatorie di specialisti e veterinari disponibili all'eventuale conferimento di incarico a tempo determinato o all'affidamento di sostituzioni).

A tal proposito, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità cui va incontro ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 colui che rilascia dichiarazioni false o mendaci,

DICHIARA:

☐ di essere cittadino italiano;

☐ di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (Specificare).....

☐ di essere cittadino del seguente Stato.....ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38, commi 1 e 3 bis del D. lgs n.165/2001 e s. m. i.

1. di essere laureato in con voto/110,

lode SI ☐ NO ☐ presso l'Università di..... in data.....

2. di essere abilitato all'esercizio della professione di.....

3. di non trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 27, comma 1, lettere h) e l) ACN 04 aprile 2024.

dal..... presso l'Università di.....

3. di essere iscritto all'Albo professionale dei/gli dal

presso l'Ordine provinciale/regionale di n° iscrizione

4. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

1^ specializzazione in..... conseguita il.....

presso l'Università di..... con voto...../..... lode SI ☐ NO ☐

2^ specializzazione in..... conseguita il.....

presso l'Università di..... con voto...../..... lode SI ☐ NO ☐

5. di non trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 27, comma 1, lettere h) e l) ACN 04 aprile 2024.

6. di essere specialista/professionista/veterinario ambulatoriale, titolare d'incarico a tempo indeterminato nella branca per la quale presenta la domanda

per n. _____ ore settimanali presso ASL _____

o A.O. _____ dal _____

Data..... Firma per esteso.....

PROSPETTO RIASSUNTIVO

per la specifica delle attività svolte, ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale dalla data di specializzazione fino al 31/12/2024 c/o ASL / AO / AORN / INAIL / SASN / MINISTERO DELLA DIFESA ecc., formulato ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

___ / ___ sottoscritt dott., consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità, di aver effettuato, nella qualità di specialista/professionista ambulatoriale,

nella branca di _____ le sottoindicate ore di attività presso:

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

Il sottoscritto dichiara di aver preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali, riportata in calce alla presente domanda, ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 e autorizza al trattamento dei dati personali forniti esclusivamente per i fini della pubblicazione riportati nella suddetta informativa.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A ALLEGA LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ.

Data _____

Firma per esteso _____