



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

U.O.C. Cure Primarie

Direttore f.f. dott.ssa Immacolata Giusto

Tele Fax 0825/292076

[uoccureprimarie@aslavellino.it](mailto:uoccureprimarie@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](mailto: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  
dott.ssa Immacolata Giusto

*Tullio Negri*

**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

<b>SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO U. O. C. SPECIALISTICA AMBULATORIALE</b>	
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 .....  
 CAP..... Città .....

(Casella da barrare solo da chi presenta la domanda per la prima volta) **PEC :**

**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.....

1. di essere laureato in

lode SI  NO  presso Università di.....

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,

2. di essere professionista/veterinario ambulatoriale 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.....

dal.....presso l'Università di.....

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

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 i) 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

ASI /Struttura DSB ore totali anno in qualità di

ASI /Struttura DSB - ore totali - orario - imposto ITBIS

ASI /Struttura - DSB - era totale - anno - in esecuz.

ASL/Structure DSR

ASI /Struttura DSCR - analisi totale

ASI /Struttura - DSR - strutturali - 100% - 100% - 100%

ASI /Strutture - PGP - strutturali - strutturali - strutturali

ASI / Strutture - RCP - GCF - TPI - PDI

ASL/Structure      PCR      LCF      TGA      MSA

*Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, Vol. 144, No. 10, October 2003, pp. 3333–3340.

per compressive ore \_\_\_\_\_

I 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**

**Firma per ciascuno**

**Firma per esteso** \_\_\_\_\_