



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
I° SEMESTRE 2025

(Art.63 ACN MMG 8 APRILE 2024 - art.1 CAPO V AIR Campania MMG);

In osservanza delle disposizioni normative innanzi richiamate, è indetto Avviso per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale, individuati, in n. 46 (postazioni EST) ed in n. 2 (postazioni COT), dall'Azienda Sanitaria Locale di Avellino ad esito della procedura di mobilità aziendale interna (anno 2025 - I° SEMESTRE), di cui alla deliberazione aziendale n. 525 dell'11/04/2024, rappresentati come da prospetto che segue:

<u>Postazione SAUT</u>	<u>N. carenze</u>
Ariano Irpino	3
Atripalda	2
Avellino 1 e 2	6
Baiano	1
Bisaccia Saut/Psaut	7
Calitri	4
Cervinara	4
Lauro	3
Montella	4
Montemiletto	4
Sant'Angelo dei Lombardi	3
Solofra	3
Vallata	2
COT	2
Tot. 43	

Requisiti di accesso

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 63, comma 5 MMG vigente, possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti di EST i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione di cui all'art. 66 ACN MMG.

Medici aventi titolo a concorrere e criteri di graduazione

Ai sensi dell'art. 63, comma 6 ACN MMG vigente, possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:

a) i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per l'Emergenza Sanitaria Territoriale in un'Azienda della Regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti o in un'Azienda di altra Regione, a condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno due anni dell'incarico dal quale provengono.

I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano all'unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto, per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento.

I medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato nell'emergenza sanitaria territoriale,

detratti i periodi di eventuale sospensione di cui all'art.22, comma 1 ACN MMG. In caso di pari posizione sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

I medici già titolari di incarico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso.

I suddetti medici sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri: **a)** punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19; **b)** punti 5 a coloro che nell'Azienda nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico; **c)** punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;

c) i medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda concernente il presente Avviso.

d) i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nella lettera precedente. I medici di cui alle lettere c) e d) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

e) i medici di cui all'art. 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione;

f) i medici di cui all'art. 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione.

I medici di cui alle lettere e) ed f) sono graduati, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità, sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

L'Azienda interPELLa prioritariamente i medici di cui alla lettera a), successivamente i medici di cui alla lettera b), i medici di cui alla lettera c), i medici di cui alla lettera d), i medici di cui alla lettera e) ed infine i medici di cui alla lettera f). **I medici di cui alle lettere c), d), e) ed f) sono interPELLati con priorità per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione.**

Modalità di presentazione della domanda di partecipazione

I medici interessati possono presentare domanda di partecipazione, con apposizione del bollo in osservanza della normativa vigente (€16,00), **entro 20 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul BURC**, utilizzando la seguente modulistica in allegato:

- Allegato A in ipotesi di partecipazione per trasferimento ai sensi della lett.a);
- Allegato B in ipotesi di partecipazione per graduatoria ai sensi della lett.b);
- Allegato C in ipotesi di partecipazione ai sensi delle lett. c) e d);
- Allegato D in ipotesi di partecipazione ai sensi della lett. e);
- Allegato E in ipotesi di partecipazione ai sensi della lett. f);
- Allegato F (autocertificazione informativa);
- Allegato G (dichiarazione attestazione di pagamento di imposta di bollo per la presentazione di istanze alle Pubbliche Amministrazioni).

La domanda di partecipazione dovrà essere trasmessa, **a pena di esclusione**, al seguente indirizzo pec: **uoccureprimarie@pec.aslavelino.it**, indicando in oggetto la dicitura **“Zone Carenti ET - anno 2025 - I° Semestre”**; la stessa deve riportare in allegato **a)** copia di documento di riconoscimento in corso di validità, **b)** autocertificazione informativa, compilata in ogni sua parte come da **allegato F** e debitamente sottoscritta dal candidato **c)** modulo attestante l'assolvimento degli obblighi in materia di imposta di bollo (**allegato G**).

Pubblicazione delle graduatorie e procedure per l'assegnazione degli incarichi

L'ASL di Avellino procederà alla valutazione delle istanze pervenute sulla scorta degli ordini di priorità di cui al presente Avviso e predisporrà le graduatorie aziendali, le quali verranno rese pubbliche, mediante affissione sul sito istituzionale, apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico lo o gli incarichi vacanti per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.

Espletate le procedure afferenti alle eventuali istanze di revisione pervenute entro il termine di cinque giorni, l'Azienda procede alla approvazione definitiva delle graduatorie.

Tutti i medici inseriti nelle graduatorie di cui innanzi saranno convocati a mezzo pec con un preavviso di 7 giorni. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi potrà esprimere, **esclusivamente a mezzo pec**, la propria accettazione, indicando l'ordine di priorità tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso. In tal caso, gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli vacanti. Il medico impossibilitato dovrà trasmettere, **entro le ore 12,00 del giorno antecedente la data indicata per la seduta di accettazione**, la seguente modulistica che sarà inserita, sul sito istituzionale: autocertificazione informativa e modulo di consenso.

A detta documentazione, andrà allegato un documento di riconoscimento in corso di validità.

La mancata presentazione presso la sede di convocazione e l'assenza/invio tardivo di comunicazione PEC entro il termine indicato sono considerate rinuncia del medico all'assegnazione degli incarichi di che trattasi.

All'atto dell'assegnazione dell'incarico, il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'art.21 ACN MMG vigente devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

L'Azienda procede, quindi, alla formalizzazione degli incarichi e, in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico proveniente da altra Regione, comunica all'Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico.

L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, ovvero l'incarico temporaneo ai medici di cui all'articolo 9, comma 1 D.L. 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n.35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n.60, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante PEC, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici. Il Direttore Generale conferisce l'incarico a tempo indeterminato ai medici di cui all'articolo 9, comma 1 D.L. 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3 del D.L. 30 aprile 2019, n.35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n.60 con decorrenza dalla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, previa acquisizione dell'autocertificazione del titolo.

Ai sensi dell'art. 64, co.6 ACN MMG vigente, ai medici di cui all'art.9, comma 2 del D.L. 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12 e a quelli di cui all'art.12, comma 4 del D.L. 30 aprile 2019, n.35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n.60, cui venga conferito un incarico di emergenza sanitaria territoriale e per i quali le Regioni abbiano stabilito il mantenimento della frequenza a tempo pieno al corso di formazione specifica in medicina generale, l'incarico è comunque conferito per un monte ore pari a 38, applicando tuttavia una sospensione parziale dell'attività convenzionale, ai fini giuridici ed economici, pari a 14h settimanali. Tale sospensione permane fino alla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale.

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e del Regolamento UE n.2016/679, in relazione ai dati personali richiesti, si precisa che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità e gli adempimenti istituzionali previsti dall'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per la procedura di attribuzione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale.

Il Direttore Generale
dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

**ASL AVELLINO
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO****DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE****(per trasferimento)****(ALLEGATO A)****AI DIRETTORE GENERALE
ASL AVELLINO
VIA DEGLI IMBIMBO 10/12
83100 AVELLINO****Marca da Bollo € 16,00**

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ residente a _____
_____ prov.. _____ via _____
_____ n. _____ CAP _____

a far data dal _____ Azienda di residenza Regione _____
dal _____ CELL. _____ PEC _____

TITOLARE DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO per l'Emergenza Sanitaria Territoriale**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

ai sensi dell'art. 63, comma 6, lettera a) del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. _____ del _____ e segnatamente per i seguenti incarichi:

N. POSTI	DISTRETTO SANITARIO DI BASE N. _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____;
3. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale presso l'Azienda di _____ della Regione _____ dal _____

- _____;
4. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale:

dal _____	al _____	ASL _____	Regione _____

dal _____	al _____	ASL _____	Regione _____

dal _____	al _____	ASL _____	Regione _____

dal _____	al _____	ASL _____	Regione _____

5. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale;
6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m i. e del Regolamento 1.1E n. 2016/679.

Allega:

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato F).
- dichiarazione attestazione di pagamento di imposta di bollo per la presentazione di istanze alle Pubbliche Amministrazioni (allegato G);
- copia fotostatica di un documento d'identità (art. 38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo:

pec: _____

Data _____ firma per esteso _____

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).

**ASL AVELLINO
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO****DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE****(per graduatoria)****(ALLEGATO B)****AI DIRETTORE GENERALE
ASL AVELLINO
VIA DEGLI IMBIMBO 10/12
83100 AVELLINO****Marca da Bollo € 16,00**

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ Prov. _____
il _____ codice fiscale _____
residente a _____
prov. _____ via _____ n. _____
CAP _____ dal _____ Cell. _____
PEC _____

INSERITO NELLA GRADUATORIA REGIONALE VALIDA PER L'ANNO 2024**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 6, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale vigente, di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. _____ del _____ e, segnatamente, per i seguenti incarichi

N. POSTI	DISTRETTO SANITARIO DI BASE N. _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

- di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____ ;
- di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____ ;
- di essere iscritto nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2024 con punti _____ e che alla data di _____

scadenza della presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria non era titolare di incarico a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale;

4. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'Emergenza Sanitaria Territoriale;

5. di essere residente nel comune di _____ dal _____:

6. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso la stessa ASL nel servizio di Assistenza Primaria a quota oraria dal _____;

7. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato nell'ambito della Regione Campania nel servizio di Assistenza Primaria a quota oraria ASL dal _____ al _____ n _____

8. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale;

9. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.mi. e del Regolamento 1.1E n. 2016/679.

Allega:

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato F).
- dichiarazione attestazione di pagamento di imposta di bollo per la presentazione di istanze alle Pubbliche Amministrazioni (allegato G);
- copia fotostatica di un documento d'identità (art. 38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo:

pec: _____

Data _____

firma per esteso _____

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).

**ASL AVELLINO
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO****DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE****(Medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale)****(ALLEGATO C)****AI DIRETTORE GENERALE
ASL AVELLINO
VIA DEGLI IMBIMBO 10/12
83100 AVELLINO****Marca da Bollo € 16,00**

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ residente a _____
prov. _____
via _____ n. _____
CAP _____ dal _____ Cell. _____
PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.63, comma 6, lettere c) e d) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale vigente, di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. _____ del _____ e, segnatamente, per i seguenti incarichi:

N. POSTI	DISTRETTO SANITARIO DI BASE N. _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

- di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____;
- di aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale presso la Regione _____ in data _____;
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale;

5. di essere residente nel Comune di _____prov. _____
dal _____;

6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m i. e del Regolamento 1.1E n. 2016/679.

Allega

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato F);
- dichiarazione attestazione di pagamento di imposta di bollo per la presentazione di istanze alle Pubbliche Amministrazioni (allegato G);
- copia fotostatica di un documento d'identità (art. 38 del DPR 445/00). Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo:

pec: _____

Data _____

firma per esteso

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).

**ASL AVELLINO**
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

(Medici di cui all'art. 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione)

(ALLEGATO D)

AI DIRETTORE GENERALE
ASL AVELLINO

VIA DEGLI IMBIMBO 10/12

83100 AVELLINO

Marca da Bollo € 16,00

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ residente

a _____ prov.. _____ via _____ n. _____ CAP _____ dal

CELL. _____ PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.63, comma 6, lettera e) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale vigente, di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. _____ del _____ e, segnatamente, per i seguenti incarichi:

N. POSTI	DISTRETTO SANITARIO DI BASE N. _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in _____ data _____ con _____ voto _____;

2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____;

3. di frequentare il _____ (indicare l'anno di corso)

anno del Corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale _____ / _____
presso la Regione iniziato in data _____;

4. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale;

5. di essere residente nel Comune di _____ prov (_____) dal _____

6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m i. e del Regolamento 1.1E n. 2016/679.

DICHIARA INOLTRE

- a) di essere a conoscenza che verrà eventualmente interpellato qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 63 del vigente ACN uno o più incarichi di Emergenza Sanitaria Territoriale rimarranno vacanti;
- b) di essere a conoscenza che potrà partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo se iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale;

Allega:

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato F).
- dichiarazione attestazione di pagamento di imposta di bollo per la presentazione di istanze alle Pubbliche Amministrazioni (allegato G);
- copia fotostatica di un documento d'identità (art. 38 del DPR 445/00). Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo:

pec: _____

Data _____

firma per esteso

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).

**ASL AVELLINO**
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

(Medici di cui all'art.12, comma 3 del D.L. 30 aprile 2019, n.35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n.60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione)

(ALLEGATO E)

AI DIRETTORE GENERALE
ASL AVELLINO

VIA DEGLI IMBIMBO 10/12

83100 AVELLINO

Marca da Bollo € 16,00

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ Prov. _____
il _____ codice fiscale _____ residente a _____
prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____ dal _____
CELL. _____

PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.63, comma 6, lettera f) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale vigente, di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. _____ del _____ e, segnatamente, per i seguenti incarichi:

N. POSTI	DISTRETTO SANITARIO DI BASE N. _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

- di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in _____ data _____ con _____ voto _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____;
- di frequentare il _____ (indicare l'anno di corso)
anno del Corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale _____ / _____

presso la Regione iniziato in data _____;

4. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale;

5. di essere residente nel Comune di _____ prov(____) dal _____

6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m i. e del Regolamento 1.1E n. 2016/679.

DICHIARA INOLTRE

- c) di essere a conoscenza che verrà eventualmente interpellato qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 63 del vigente ACN uno o più incarichi di Emergenza Sanitaria Territoriale rimarranno vacanti;
- d) di essere a conoscenza che potrà partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo se iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale;

Allega:

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato F).
- dichiarazione attestazione di pagamento di imposta di bollo per la presentazione di istanze alle Pubbliche Amministrazioni (allegato G);
- copia fotostatica di un documento d'identità (art. 38 del DPR 445/00). Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo:

pec: _____

Data _____

firma per esteso

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).

(ALLEGATO F)**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

Il sottoscritto Dott. _____ nato _____
a _____ Prov. _____ il _____ codice
fiscale _____ residente in _____ prov.
_____ via _____ n. CAP _____
dal _____ iscritto all'ordine dei medici n. _____ della provincia
di _____ CELL. _____
PEC _____

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1. fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
2. fruire / non fruire (1) di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;
3. fruire /non fruire (1) di trattamento di quiescenza per le sole prestazioni della quota "A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM;
4. essere / non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2) :

Soggetto _____ ore settimanali _____ Via _____ Comune di _____
Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo :

dal _____ ;

5. essere / non essere (1) titolare di incarico come medico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte e con n° scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____ ;

6. essere /non essere (1) titolare di incarico come Medico Pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. scelte periodo dal _____

7. essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come Medico Specialista ambulatoriale convenzionato interno (2) :

Azienda _____ branca _____ ore
settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore
settimanali _____

8. essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei Medici Specialisti convenzionati esterni (2):

provincia _____ branca _____ periodo: dal _____

9. avere / non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 quinquies, Decreto Legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni:

Azienda _____ Via _____

Tipo di attività _____

periodo: dal _____

10. essere / non essere (1) titolare di incarico di Assistenza Primaria, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione o in altra regione (2) :

Regione _____

Azienda _____

ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

- 11 di essere / non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Legislativo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Legislativo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al Decreto

Legislativo n. 368/99 e successive modifiche ed integrazioni.

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

12. operare /non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8 — quinquies del decreto legislativo n 502/1992 e successive modificazioni (2):

Organismo _____ ore settimanali settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

13. operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in Presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 Legge n. 833/78: (2)

Organismo _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo: dal _____

14. svolgere / non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____ Periodo:
dal _____

15 svolgere / non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte : (2) Azienda Comune di _____ Periodo: dal _____

16 avere /non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

Periodo: dal _____

17 essere /non essere (1) titolare o partecipante di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interesse col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

18 svolgere /non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compresa nei punti precedenti ; in caso negativo scrivere : nessuna)

Periodo: dal _____

19 essere / non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato : (1) (2)

Azienda _____ Comune _____ ore sett.

Tipo di attività _____

Periodo : dal _____

20 operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 5, 6, 7, 10):

Soggetto Pubblico _____

Via _____

Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo:
dal _____ al _____

NOTE: _____

DICHIARO CHE LE NOTIZIE SOPRA RIPORTATE CORRISPONDONO AL VERO

Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del d.lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____ In Fede _____

(1) Cancellare la parte che non interessa; (2) Completare con notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare la sezione not2

ALLEGATO G

DICHIARAZIONE ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DI IMPOSTA DI BOLLO PER LA PRESTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE trasmesse tramite posta elettronica certificata (PEC)

**Al Direttore Generale ASL Avellino
via degli Imbimbo, 10-12
83100 Avellino**

Il sottoscritto Dott. _____
codice fiscale: _____
nato a _____ (Prov. _____) il _____
residente a _____ (Prov. _____)
via _____ n. Civ. _____

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n.445, ai sensi ed agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28/12/2000, N.445:

DICHIARA

1. che la marca da bollo, numero identificativo _____, figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di E.S.T. (anno 2024), trasmessa per PEC in data _____, è conforme all'originale in proprio possesso;
2. di essere a conoscenza che potranno essere effettuati controlli sulle dichiarazioni sostitutive rese in occasione della presentazione della domanda, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii. e, pertanto si impegna a conservare la suddetta marca n. _____ in originale, debitamente incollata e annullata nell'apposito spazio della domanda stessa, ed a renderla disponibile ai fini dei suddetti controlli.

Luogo e data _____ Firma per esteso _____(1)

(1) Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.