



**REGIONE CAMPANIA**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO**  
www.aslavellino.it

**INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**  
**I SEMESTRE 2026**

(Art. 63 ACN MMG 2025)

In osservanza delle disposizioni normative innanzi richiamate, è indetto Avviso per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale, individuati, in n. 59 (postazioni EST) ed in n. 4 (postazioni COT), dall'Azienda Sanitaria Locale di Avellino ad esito della procedura di mobilità aziendale interna I semestre 2026, di cui alla deliberazione aziendale n. 316 del 06/03/2026, rappresentati come da prospetto che segue:

<b><u>Postazione SAUT</u></b>	<b><u>N.</u></b> <b><u>carenze</u></b>
Ariano Irpino	5
Atripalda	3
Avellino 1 e 2	7
Baiano	1
Bisaccia Saut/Psaut	8
Calitri	5
Cervinara	5
Grottaminarda	1
Lauro	3
Montella	4
Montemiletto	5
Sant'Angelo Lomb.	4
Solofra	5
Vallata	3
COT	4
<b>Tot. 63</b>	

### **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 i medici di cui al comma 6, 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.aslavellino.it**, indicando in oggetto la dicitura “**Zone Carenti EST anno 2026 - 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.

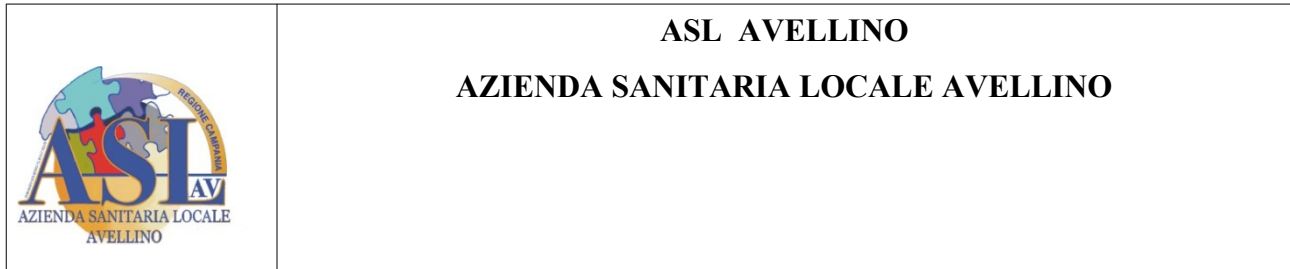
L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, ovvero l'incarico temporaneo ai medici di cui all'articolo 9, comma 1 D.L. 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, 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.ssa Maria Concetta Conte**



**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:

<b>N. POSTI</b>	<b>DISTRETTO SANITARIO DI BASE</b> 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:

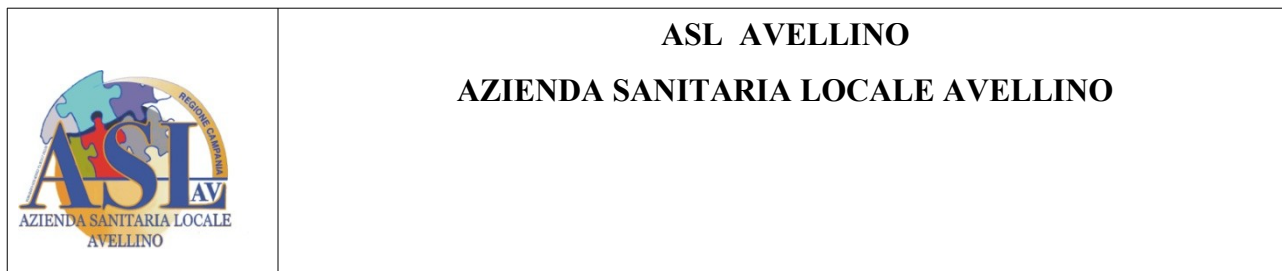
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato F).
- dichiarazione attestazione di pagamento di imposta di bollo per la presentazione di istanze alle Pubbliche Amministrazioni (allegato G);
- copia fotostatica di un documento d'identità (art. 38 del DPR 445/00).

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).



**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

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 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:

\_\_\_\_\_

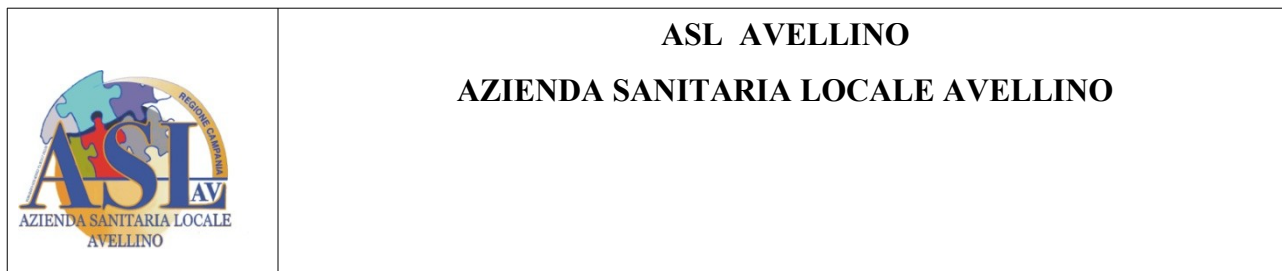
pec: \_\_\_\_\_

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).



**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

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 aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale presso la Regione \_\_\_\_\_ 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.

### 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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

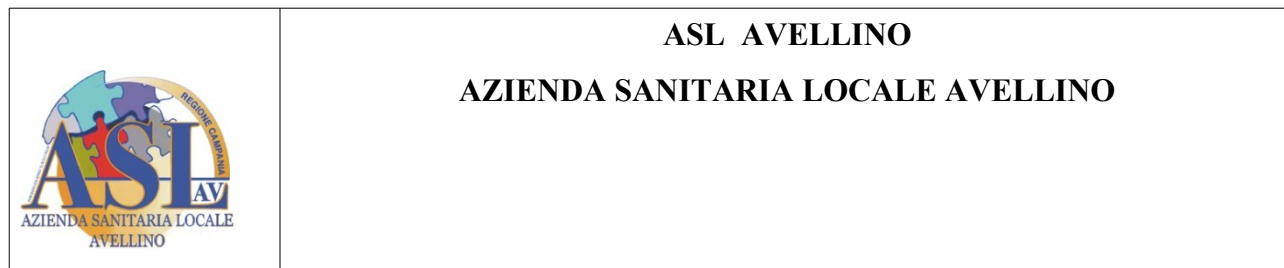
pec: \_\_\_\_\_

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).



**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:

<b>N. POSTI</b>	<b>DISTRETTO SANITARIO DI BASE</b> 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

- 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 compartecipe 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.***