



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

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

PLS n. 1892 DEL 09/02/2022

Pediatria di Libera Scelta

Avviso per la predisposizione delle Graduatorie aziendali per incarichi provvisori e sostituzioni
Ai sensi dell'art.15, comma 7 ACN di PLS vigente.

Considerato che la Regione Campania sul B.U.R.C. n. 117 del 20/12/2021 ha pubblicato la Graduatoria definitiva di Pediatria di Libera Scelta anno 2021, valevole per l'anno 2022, approvata con Decreto Dirigenziale n.48 del 17/12/2021

Visto l'art.15, comma 7 dell'ACN PLS vigente che prevede per le Aziende la pubblicazione sul sito istituzionale di un avviso per la predisposizione di graduatorie aziendali di pediatri disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o l'affidamento di sostituzione per la Pediatria di Libera Scelta.

I medici pediatri interessati devono presentare, entro il termine perentorio di 30 (trenta) giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso, domanda in bollo che deve essere:

- Redatta secondo lo schema di cui all'allegato A;
- Corredata dalla dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà – Allegato B e della copia del documento di riconoscimento in corso di validità;

La graduatoria di cui all'art.15 comma 7 dell'ACN di PLS vigente viene redatta secondo il seguente ordine di priorità:

1. Pediatri iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
2. Pediatri che abbiano acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda in graduatoria regionale, graduati nell'ordine dell'anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

La domanda deve essere inviata con gli allegati in un unico file formato pdf, via pec all'indirizzo: uocureprimarie@pec.aslavellino.it, con l'indicazione precisa dell'oggetto: "inserimento graduatoria aziendale pediatri di libera scelta".

Il Direttore f.f. UOC Cure Primarie
Dott.ssa Immacolata Giusto



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

ALLA U.O.C. CURE PRIMARIE
ASL AVELLINO

BOLLO

di euro 16,00
annullare con timbro /sigla
personale

Il/la sottoscritto a dr. _____ nato a _____
il _____ C.F. _____ residente _____ prov. _____ via _____
n. _____ CAP _____ telef _____ cell _____
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
_____, di essere specializzato/a in _____ il _____ con
voto _____/_____ presso l'Università degli studi di _____

CHIEDE

In applicazione del vigente Accordo Collettivo Nazionale Medici Pediatri di Libera Scelta, di essere inserito nella graduatoria aziendale dei Pediatri disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione per la Pediatria di Libera Scelta.

A tal'uopo lo scrivente dichiara:

(biffare un solo item dei seguenti due)

- di essere inserito nella Graduatoria Regionale Definitiva 2021 valevole per l'anno 2022, pubblicata sul BURC n.117 del 20/12/2021, alla posizione _____ con punti _____;
- di non essere inserito nella Graduatoria Regionale Definitiva 2021 valevole per l'anno 2022, pubblicata sul BURC pubblicata sul BURC n. 117 del 20/12/2021;

Il sottoscritto, consapevole che le convocazioni per l'eventuale conferimento di incarico provvisorio o di sostituzione avverranno esclusivamente per Posta Elettronica Certificata, indica di seguito il proprio indirizzo PEC:

(per chiarezza indicare la Pec in maniera leggibile)

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2002 e s.m.i. 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;
- che comunicherà all'ASL Avellino ogni intervenuta incompatibilità.

Autorizza, inoltre, il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, anche con strumenti informatici, per tutta le finalità istituzionali, ai sensi del D.lgs. 30/06/2003, n.196 e s.m.i.

Si allega copia della _____ n° _____
Rilasciata da _____ il _____

(luogo e data)

(firma)

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

Sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

DICHIARA

Il sottoscritto dott. _____ nato a _____ il _____

Residente in _____ Via/Piazza _____ n° _____

Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28712/2000 e s.m.i. 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 di seguito riportato corrisponde al vero.

1) essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, 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 _____

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi dell'ACN 2005 e s.m.i.

con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese

di _____ Azienda _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del D.P.R. _____

Con massimale di n° _____ scelte. Periodo dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ Branchia _____ ore settimanali _____

Azienda _____ Branchia _____ ore settimanali _____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2):

Provincia _____ Branchia _____ Periodo dal _____

6) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica 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 settimanali _____

in forma attiva/in forma di disponibilità (1)

7) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto dei presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni (2):

Periodo dal: _____

NOTE: _____

(data)

(firma)

(1) – cancellare la parte che non interessa

(2) – qualora lo spazio non fosse sufficiente, per le notizie richieste, utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTA"