



ELIANA  
AMBROSIO  
DIR AAGG  
31.01.2025  
15:09:51  
GMT+02:00

**ASL Salerno**  
Azienda Sanitaria Locale Salerno



**UOC Assistenza Primaria**

Via Nizza, 146 - 84124 Salerno - Tel. 089 693594  
email: [assistenzaprimaria@aslsalerno.it](mailto:assistenzaprimaria@aslsalerno.it) – PEC: [assistenzaprimaria@pec.aslsalerno.it](mailto:assistenzaprimaria@pec.aslsalerno.it)

## **Reclutamento di Medici disponibili a svolgere il servizio di assistenza per i Codici Minori.**

L'ASL Salerno, al fine di garantire l'appropriatezza delle cure e decongestionare i servizi di Pronto Soccorso dagli accessi impropri, fa richiesta di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato per svolgere attività di assistenza presso gli ambulatori distrettuali nei locali in prossimità dei Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri a pazienti a bassa complessità che non presentano problemi di salute con caratteristiche di emergenza e/o urgenza (c.d. codici minori), trattabili senza ulteriori interventi sanitari rispetto a quelli propri del Medico di Medicina Generale, dando priorità ai titolari di incarichi di Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale), per un numero di ore compatibile con le altre attività eventualmente svolte, e successivamente ai Medici resisi disponibili.

I medici interessati possono inviare, esclusivamente a mezzo PEC all'indirizzo: [protocollogenerale@pec.aslsalerno.it](mailto:protocollogenerale@pec.aslsalerno.it), la comunicazione di disponibilità allegata al presente bando entro 10 giorni dalla data della pubblicazione, che rechi in oggetto la seguente dicitura: *comunicazione di disponibilità per l'assegnazione di incarichi relativi all'assistenza dei c.d. codici minori.*

I medici titolari di incarichi di Assistenza Primaria ad attività oraria saranno graduati secondo l'anzianità di incarico ed i Medici resisi disponibili che saranno graduati secondo l'ordine di priorità definito dall'art. 19, co. 6 dell'ACN MMG.

**UOC Assistenza Primaria  
dott. Giuseppe Ferrantino**



GIUSEPPE  
FERRANTINO  
31.01.2025 14:21:39  
GMT+02:00

Bollo  
€ 16,00

Al Direttore Generale dell'ASL Salerno  
protocollogenerale@pec.aslsalerno.it

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
e residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
al/alla Via/Corso/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Cellulare \_\_\_\_\_ Telefono fisso \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_

C H I E D E

di essere inserito nella graduatoria aziendale dei Medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico a tempo determinato per svolgere attività di assistenza per i Codici Minori.

A tal' uopo lo scrivente dichiara:

**(barrare le voci che non interessano)**

- di essere/non essere inserito nella Graduatoria Regionale Definitiva 2024 valevole per l'anno 2025 pubblicata sul BURC n. 85 del 16/12/2024 alla posizione \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;
- di essere/non essere in possesso del Corso di Formazione di Medicina Generale;
- di frequentare/non frequentare il Corso di Specializzazione in \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_;
- di frequentare/non frequentare il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale in Regione \_\_\_\_\_;

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 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 sopra riportato corrisponde al vero;
- che comunicherà all'A.S.L. Salerno ogni intervenuta incompatibilità.

Inoltre, dichiara di essere consapevole che le convocazioni e/o le comunicazioni per l'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o di sostituzione avverranno esclusivamente per Posta Elettronica Certificata all'indirizzo dal quale è stata inviata la domanda.

Autorizza, infine, il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, anche con strumenti informatici, per tutte 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)