

Il presente provvedimento è stato pubblicato

all'albo pretorio in data

3/2/2023

ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno



[Handwritten signature]
DIRETTORE GENERALE

UOC Assistenza Primaria

Via Nizza, 146 - 84124 Salerno - Tel. 089 693594

3 FEB. 2023

AVVISO DI TRASFERIMENTO INTRAZIENDALE DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA

L'art. 3, co. 5, capo IV dell'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, stabilisce che l'Azienda provvede annualmente, e comunque prima di comunicare le carenze alla Regione, al trasferimento intraziendale, previa richiesta, dei Medici con incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale nella stessa Azienda sulla base di una apposita graduatoria aziendale approvata allo scopo dal Comitato aziendale.

Questa ASL, in attuazione di quanto sopra, rende note le carenze di Assistenza Primaria ad attività oraria relative all'anno 2022, di seguito indicate:

PRESIDIO	CARENZE
NOCERA INFERIORE	3
NOCERA SUPERIORE	4
ANGRI	3
SCAFATI	5
PAGANI	3
SARNO	5
SAN MARZANO	1
CAVA D.T.	7
AMALFI	2
MAIORI	2
TRAMONTI	2
PRAIANO	2
CETARA	1
CAMPAGNA	1
EBOLI	2
ALTAVILLA SILENTINA	2
SICIGNANO DEGLI ALBURNI	1

[Handwritten signature]



SERRE	2
POSTGLIONE	1
LAVIANO	4
SAN GREGORIO MAGNO	2
BELLIZZI	1
BATTIPAGLIA	6
SALERNO PASTENA	2
SALERNO VIA VERNIERI	3
MERCATO SAN SEVERINO	5
SIANO	2
SAN CIPRIANO PICENTINO	4
MONTECORVINO ROVELLA	3
ACERNO	2
PONTECAGNANO	2
ALBANELLA	4
CAPACCIO	3
ROCCADASPIDE	4
AQUARA	4
CASTEL SAN LORENZO	2
CASTELCIVITA	4
CORLETO MONFORTE	2
LAURINO	3
SANT'ANGELO A FASANELLA	4
ROSCIGNO	1
VALLO DELLA LUCANIA	4
CASALVELINO	2

Handwritten signature or initials.



FUTANI	2
LAURITO	2
MONTANO ANTILIA	2
ORRIA	2
PERITO	3
PISCIOTTA	3
POLLICA	4
SALENTO	4
STIO	2
AGROPOLI	4
TORCHIARA	4
SESSA CILENTO	2
MONTECORICE	2
PERDIFUMO	2
SAN MAURO CILENTO	1
CAMEROTA	4
SAN GIOVANNI A PIRO	3
ROFRANO	2
AULETTA	2
SAN PIETRO AL TANAGRO	3
MONTESANO SULLA MARCELLANA	4
SALA CONSILINA	2
BUONABITACOLO	3
PADULA	2
PETINA	2
SASSANO	1

Tanto premesso i medici interessati, titolari di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria ad attività oraria presso l'ASL Salerno, devono far pervenire domanda in bollo mediante Raccomandata con Avviso di Ricevimento, entro e non oltre le ore 12:00 del 10° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso, che deve essere indirizzata al "Direttore UOC Assistenza Primaria ASL Salerno – Via Nizza n. 146 - 84124 Salerno".

La busta, sulla quale deve essere riportata la dicitura "Plico contenente domanda di mobilità interaziendale di Assistenza Primaria ad attività oraria", dovrà contenere:

- 1) la domanda in bollo *Allegato A*;
- 2) dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà *Autocertificazione informativa Allegato L*;
- 3) copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Non saranno prese in considerazione le domande che perverranno successivamente al termine indicato o che risultino difformi o incomplete rispetto a quanto sopra prescritto.

L'assegnazione dei medici ai presidi sopra elencati, avverrà sulla base di una apposita graduatoria aziendale redatta con le modalità di cui all'art. 63 dell'Accordo Collettivo Nazionale.

Il Direttore UOC Assistenza Primaria
dott. Massimo D'Andrea



Il Direttore Sanitario
dott. Primo Sergianni



Bollo
€ 16,00

Al Direttore UOC Assistenza Primaria
ASL Salerno
Via Nizza n. 146
84124 Salerno

RACCOMANDATA AR

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

CHIEDE

di partecipare all'Avviso di trasferimento intraziendale di Assistenza Primaria ad attività oraria.

A tal' uopo lo scrivente dichiara:

- di essere laureato/a in Medicina e Chirurgia il _____ con voto _____ /110 presso l'Università degli Studi di _____;
- di essere abilitato all'esercizio della professione medica nell'anno _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ con numero iscrizione _____;
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria ad attività oraria dal _____;
- di essere in servizio presso il Presidio di _____;
- di indicare il Presidio presso il quale chiede di essere trasferito secondo il seguente ordine di preferenza:

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.

Autorizza, inoltre, 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)

ALLEGATO L**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ il _____ residente in _____ Via/Piazza _____ n° _____ iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 dichiara formalmente di

1) 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 _____

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria 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 _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale 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: (2)

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

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

Provincia _____ branca _____

Periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:

Azienda _____ Via _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

7) 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 sett. _____

in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

9) 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 D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

10) 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 L. 833/78: (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

11) 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 sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

13) 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 _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

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

Periodo: dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1)

(2) Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro: _____

Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data _____ Firma _____

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"