

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".

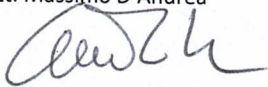
La busta, sulla quale deve essere riportata la dicitura "Plico contenente domanda di mobilità interaziendale di Assistenza Primaria ad attività oraria", dovrà contenere:

- 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"