



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 1 CENTRO
U.O.C. PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' ASSISTENZA PRIMARIA

U.O.S. GESTIONE GIURIDICA ED ECONOMICA DEL PERSONALE CONVENZIONATO

Via Comunale del Principe, 13/a – 80145 – Napoli

AVVISO PER n. 1 INCARICO A TEMPO DETERMINATO DI ASSISTENZA PRIMARIA, A CICLO DI SCELTA, AI SENSI DELL'ART. 37, ACN VIGENTE PER LA MEDICINA GENERALE E SS.MM. E II.

E' indetto un avviso per il conferimento di **n. 1 incarico a tempo determinato** di **Assistenza Primaria, a ciclo di scelta**, di durata pari a **mesi 6**, eventualmente prorogabili, ed in ogni caso non superiore a mesi 12 e sino alla data di inizio attività da parte del titolare avente diritto, secondo le modalità previste dall'art. 37 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, nel **DISTRETTO SANITARIO DI BASE 30, ZONA MIANO**. La domanda di partecipazione **deve essere redatta secondo il modello di schema allegato** ed esclusivamente all'indirizzo **pec: mediciconvenzionati@pec.aslna1centro.it**, **entro e non oltre il 29/5/2024**, allegando copia di un documento di identità.

La presentazione della domanda per ricoprire l'incarico in oggetto, è considerata immediatamente impegnativa per i medici candidati.

Il candidato deve far cessare, entro la data di decorrenza dell'incarico di cui in oggetto, eventuali situazioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa (ACN per la MMG).

L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso, o parte di esso, nonché di riaprire i termini di scadenza, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse. Per eventuali ed ulteriori informazioni, gli interessati potranno rivolgersi all'UOC Programmazione Attività Assistenza Primaria – UOS Gestione Giuridica ed Economica del Personale Convenzionato, ai seguenti recapiti: 0812544433, 0812544516, 0812544491.

LA DIRIGENTE RESPONSABILE

**U.O.S. Gestione Giuridica ed Economica
del Personale Convenzionato**

Dott.ssa Maria D'Auria

II DIRETTORE

**U.O.C. Programmazione Attività
Assistenza Primaria**

Dott. Pasquale Izzo

Istanza per il conferimento di incarico a tempo determinato di Assistenza Primaria, a Ciclo di Scelta, per il DSB _____ - Zona _____.

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____
Nato/a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ Via _____
n. _____ CAP _____ Tel _____ Cell _____
Codice Fiscale _____ email _____
Pec _____

CHIEDE

Di essere ammesso a partecipare all'avviso in oggetto per il conferimento di un incarico a tempo determinato di assistenza primaria, a ciclo di scelta, presso il DSB _____ - Zona _____, pubblicato sul sito aziendale il ____/____/_____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso o esibizione di atti falsi contenenti dati non rispondenti al vero,

DICHIARA

- 1) Di essere nato a _____ il _____ e di risiedere, attualmente, a _____ in via _____;
- 2) Di essersi laureato/a in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ il _____, con voto _____ e di essersi abilitato/a il _____, presso _____;
- 3) Di essere iscritto all'ordine dei medici della provincia di _____ al n. _____ dal _____ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;
- 4) Di essere inserito nella graduatoria aziendale (approvata con Delibera del Direttore Generale n. _____ del _____), alla posizione n. _____, con punteggio _____;
- 5) Di non aver riportato condanne penali per reati contro la pubblica amministrazione (codice penale libro II, titolo II) e non avere procedimenti penali pendenti per i medesimi reati;
- 6) Di accettare tutte le indicazioni contenute nel bando e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione della procedura concorsuale e degli adempimenti conseguenti;
- 7) Di far cessare, entro la data di decorrenza dell'incarico, eventuali situazioni di incompatibilità e che tanto deve essere documentalmente provato;
- 8) Di accettare che la presentazione della domanda, per ricoprire l'incarico, è considerata – ad ogni effetto e conseguenza di legge – impegnativa, altresì ai fini deontologici e disciplinari.

Informativa Privacy

Il/la sottoscritto/a _____, nato/ a _____, il _____, autorizza l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali che saranno trattati e raccolti esclusivamente per le finalità strettamente necessarie e connesse al presente procedimento; l'acquisizione di tali dati è necessaria ed il loro mancato conferimento, o una loro omissione, comporterà l'esclusione dalla procedura.

Luogo e data _____

Firma _____