



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 1 CENTRO
U.O.C. Programmazione Attività Assistenza Primaria
via Comunale del Principe n°13/A - 80145 - Napoli - C.F. 06328131211
tel. 081 2544517
PEC: programmazioneattivita.assistenzaprimaria@pec.aslna1centro.it

Al Direttore U.O.C. Sistemi Informatici ed I.C.T.

OGGETTO: richiesta di pubblicazione ore specialistica

Ai sensi degli articoli 20 e 30 dell'ACN 31/03/2020, si chiede di pubblicare sul portale aziendale, **sezione Media e Comunicati – voce “avvisi al personale”** l'allegata tabella con le ore di specialistica ambulatoriale della ASL Napoli 1 Centro nonché il modello di domanda predisposto.

Gli specialisti interessati devono presentare istanza alla U.O.C. Programmazione Attività Assistenza Primaria della ASL Napoli 1 Centro a mezzo PEC personale al seguente indirizzo: programmazioneattivita.assistenzaprimaria@pec.aslna1centro.it utilizzando esclusivamente **il modello allegato** entro le ore 12.00 del 10 ° giorno successivo alla pubblicazione.

Le istanze pervenute successivamente a tale scadenza non saranno prese in considerazione.

Il mancato utilizzo del modello proposto e/o PEC personale, o l'errata o parziale compilazione comporteranno l'automatica esclusione dello specialista dalla procedura di assegnazione delle ore richieste.

Si ricorda che allo specialista ambulatoriale che rinunci al completamento di cui all'art. 20 comma 1 è preclusa la possibilità di partecipare all'assegnazione di incarichi nella stessa Azienda per due turni di pubblicazione e comporta l'immediata revoca del diritto a percepire l'indennità di cui all'art. 45 e la restituzione di quanto già corrisposto nell'anno.

Per eventuali informazioni rivolgersi al seguente numero: 081/2545356.

All.: 3

Direttore U.O.C. ATTIVITA' ASSISTENZA PRIMARIA
Dot. *[Firma]*
A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO
U.O.C. PROGRAMM. ATTIVITA' ASSISTENZA PRIMARIA

Pubblicazione incarichi di specialistica ambulatoriale ai sensi degli art. 20 comma 1 e art. 30 comma 1 ACN vigente

BIOLOGIA

DS 31	38 H/S	U.O.S.D. Laboratorio Territoriale Annunziata – Ascalesi
-------	--------	---

CHIRURGIA VASCOLARE

U.O.C. TSIP	5 H/S	Per attività da espletarsi presso la CC Poggioreale
-------------	-------	---

CARDIOLOGIA

DS 28	5 H/S	
-------	-------	--

DERMATOLOGIA

DS 32	20 H/S	
-------	--------	--

ENDOCRINOLOGIA

DS 24	38 H/S	
DS 28	10 H/S	
U.O.C. TSIP	5 H/S	Attività da espletarsi presso il CP Secondigliano

FISIATRIA

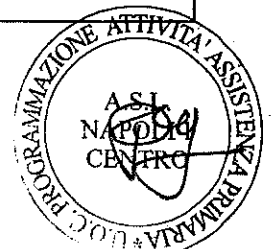
DS 27	38 H/S	
-------	--------	--

GERIATRIA

DS 27	38 H/S	
-------	--------	--

GINECOLOGIA

DS27	12 H/S	
DS 32	7 H/S	lunedì ore 08,00 - 15,00



MEDICINA LEGALE		
DS 28	38 H/S	
DS 32	38 H/S	Attività da espletarsi presso il DS 73 - Capri

NEFROLOGIA		
DS 24	12 H/S	
DS 32	24 H/S	

OCULISTICA		
SORVEGLIANZA SANITARIA	20 H/S	
DS 24/73	6 H/S	

ORTOPEDIA		
DS 27	28 H/S	
DS 28	10 H/S	

OTORINOLARINGOIATRIA		
DS 27	32 H/S	

PEDIATRIA		
DS27	38 H/S	

PSICOTERAPIA (medico specialista)		
Dipartimento Salute Mentale	10 H/S	venerdì ore 13,00 - 16,00 ore 08,00 - 15,00 sabato

SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE		
Dipartimento Salute Mentale	14	mercoledì ore 13,00 - 17,00 venerdì 13,00 - 16,00 sabato 08,00 - 15,00

UROLOGIA		
DS 28	5 H/S	



OGGETTO: Richiesta di trasferimento (ex art. 30) – accorpamento (ex art. 20) - incremento orario (ex art. 20)
come previsto dall'ACN 31/03/2020

Il/la sottoscritt _____

nat ___ a _____ (_____) il _____

Te. Cell. _____ fisso _____

P.E.C. _____ mail _____

Con riferimento alle ore pubblicate sul portale della ASL Napoli 1 Centro in data _____

DICHIARA

Di essere specialista ambulatoriale a tempo indeterminato nella branca di _____ per
n. _____ ore presso la ASL Napoli 1 Centro:

DSB _____ per n. _____ ore

DSB _____ per n. _____ ore

DSB _____ per n. _____ ore

P.O. _____ per n. _____ ore

e/o presso

ASL _____ DSB _____ per ore _____

ASL _____ DSB _____ per ore _____

ASL _____ DSB _____ per ore _____

Azienda Ospedaliera _____ per complessive ore _____

INAIL _____ per complessive ore _____

SASN per complessive ore _____

Ministeri ecc. per complessive ore _____

di avere un'anzianità di incarico a far data _____

(indicare la decorrenza del primo incarico, anche a tempo determinato se non vi è stata soluzione di continuità)

CHIEDE

la mobilità all'interno dell'ASL Napoli 1 Centro, per le ore da assegnare al _____
con contestuale rinuncia a n. _____ ore presso _____ (art. 30, comma 1);

il completamento orario presso l'ASL Napoli 1 Centro per n. _____ ore da assegnare al _____
(art. 20, comma 1) con contestuale rinuncia a n. _____ ore presso _____
ovvero il completamento orario presso l'ASL Napoli 1 Centro per incremento di n. _____ ore
da assegnare al _____ (art. 20, comma 1);

Consapevole delle responsabilità, anche di natura penale, cui va incontro chi sottoscrive dichiarazioni false o mendaci, anche parzialmente (art. 76 DPR 445/2000)

DICHIARA

che tutti i dati, le notizie e i fatti riportati nella presente dichiarazione sono veri.

Napoli, _____

In fede