



AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA  
VIA UNITA' ITALIANA N.28  
81100 CASERTA  
P.IVA: 03519500619

Fax 081 5001389  
[cureprimarie@pec.aslcaserta.it](mailto:cureprimarie@pec.aslcaserta.it)

UOC CURE PRIMARIE

Al Presidente dell'Ordine  
dei Medici di Caserta

**Asl CE Prot. n. 0035532/DIR. GEN. del 01-02-2024**



PUBBLICAZIONE AVVISO A TUTTI I MEDICI ...

Ai Direttori Responsabili  
dei Distretti Sanitari  
dell'ASL di Caserta

Loro sedi

Oggetto: Pubblicazione avviso a tutti i medici interessati all'inserimento nella graduatoria aziendale

Si comunica che sull'Albo Pretorio Online dell'ASL di Caserta è stato pubblicato l'avviso a tutti i medici interessati all'inserimento nella graduatoria aziendale, che a buon fine si allega in copia.

Si invita a darne la massima diffusione

Il Direttore UOC Cure Primarie  
Dr. Francesco Frascaria

Il Direttore Generale  
Dott. Amedeo Blasotti

UOC CURE PRIMARIE

AVVISO A TUTTI I MEDICI INTERESSATI ALL'INSERIMENTO NELLA  
GRADUATORIA AZIENDALE  
(ai sensi del comma 6 articolo 19 ACN di Assistenza Primaria vigente)

Considerato che:

- Le Aziende, entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva di cui al comma V dell'Art. 19 del vigente ACN, pubblicano sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di graduatorie aziendali di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione;
- Sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania numero 9 del 29/01/2024 è stata pubblicata la Graduatoria Definitiva dei Medici di Medicina Generale valida per l'anno 2024,

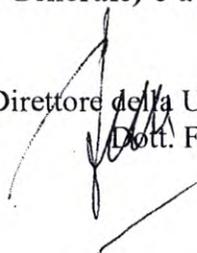
Viene indetto un avviso pubblico per la formazione di una graduatoria da utilizzarsi per il conferimento di incarichi provvisori a tempo determinato o il conferimento di incarichi di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:

- a) Medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
- b) Medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
- c) Medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni per le quali possono concorrere anche gli iscritti a tale corso in altre Regioni. Ai sensi dell'articolo 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001, n. 448, per il solo affidamento di sostituzione
- d) Medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- e) Medici iscritti ai corsi di specializzazione.

I medici delle lettere da **b)** a **e)** sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

Le domande di partecipazione all'avviso, in bollo, devono essere trasmesse entro 30 ( trenta ) giorni dalla pubblicazione del presente sul sito dell'Azienda tramite pec al seguente indirizzo: [protocollo@pec.aslcaserta.it](mailto:protocollo@pec.aslcaserta.it), indicando nell'oggetto: **inserimento nella graduatoria aziendale di Assistenza Primaria a ruolo unico a ciclo di scelta (Medicina Generale) e ad attività oraria ( Continuità Assistenziale) ASL CE.**

Il Direttore della UOC Cure Primarie  
Dott. Francesco Frascaria



Marca da bollo

Al Direttore Generale ASL  
CASERTA  
Via Unità Italiana n° 28  
81100 Caserta

**Oggetto: Domanda per l'inserimento nella graduatoria aziendale per l'assegnazione di incarichi di sostituzione nel Servizio di Assistenza Primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria.**

Il/la sottoscritto/a Dr. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_

Laureato in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_ iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ con n° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Chiede di essere incluso nella Graduatoria valida per il conferimento di un incarico a tempo determinato/sostituzione nel Servizio di Assistenza Primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria dell'ASL Caserta.

A tal fine, ai sensi ed effetti del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali, nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi, nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni, sotto la propria responsabilità (art.76 D.P.R. n° 445/2000),

#### DICHIARA

- Di essere/non essere \* iscritto nella Graduatoria Regionale di vigente con punteggio di \_\_\_\_\_ in posizione n. \_\_\_\_\_;
- di essere/ non essere \* in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale (in caso affermativo specificare: soggetto pubblico che lo ha svolto, sede del corso e data conseguimento \_\_\_\_\_);
- di essere/non essere \* iscritto/a al corso di formazione specifica in medicina generale (in caso affermativo specificare: soggetto pubblico che lo svolge, sede del corso, anno di frequenza e data di iscrizione \_\_\_\_\_);
- di essere/non essere \* medico iscritto all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- di essere/ non essere \* medico iscritto/a alla scuola di specializzazione (in caso affermativo specificare: scuola \_\_\_\_\_ e sede \_\_\_\_\_);
- di essere/ non essere\* disponibile ad accettare incarichi di Assistenza Primaria a Ciclo di scelta ed a attività oraria presso gli Istituti Penitenziari.  
(\* cancellare la dizione che NON interessa)

Si impegna a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate anche con riferimento alle eventuali situazioni di incompatibilità. Dichiaro inoltre di essere consapevole (e di dare il proprio consenso) che la graduatoria, nonché i nominativi degli esclusi, verranno pubblicati sul sito aziendale. Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

ALLEGA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITÀ'.

DATA

FIRMA