

L'organizzazione Aziendale del servizio può prevedere, in coerenza con quanto previsto dall'ACN e dagli Accordi integrativi Regionali e considerata la situazione emergenziale, anche una diversa articolazione dei turni, secondo la disponibilità del Medico accettante e previo accordo del Dirigente Responsabile UOASB e MSA del DSB n.68.

La remunerazione al medico disponibile, per quanto sopra previsto, avviene nel rispetto dell'ACN vigente.

Le candidature verranno prese in considerazione secondo l'ordine cronologico di arrivo e solo dopo aver escusso la graduatoria Aziendale ai sensi dell'art.19 dell'ACN Medicina Generale del 04.04.2024; nel rispetto della trasparenza, la Direzione della UOASB e MSA del DSB n. 68 provvederà a redigere apposita graduatoria Medici Disponibili dalla quale attingere.

I professionisti interessati a svolgere, quale Medici Disponibili, incarichi provvisori e/o di sostituzione per il servizio di Assistenza Primaria a Ciclo Orario (servizio di Continuità Assistenziale) dovranno manifestare il proprio interesse compilando l'apposito allegato che dovrà essere trasmesso all'indirizzo pec:ds68@pec.aslsalerno.it.

Questa amministrazione si riserva la facoltà di sospendere, modificare o revocare il presente avviso in seguito ad eventuali nuove disposizioni normative.

Referente per tale procedura è:

dott. Nicolino Di Pietro cell. 3461044299 e-mail: n.dipietro@aslsalerno.it





Distretto Sanitario di Base 68
DIREZIONE

Via Pistilli n.12 - 84098 Giffoni Valle Piana - Tel. 089.9828611 – Fax 089.865102
E-mail: ds68.medicinabase@aslsalerno.it - PEC: ds68@pec.aslsalerno.it

MODULO DI ADESIONE

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE AD INSERIMENTO IN ELENCO MEDICI DISPONIBILI
A SVOLGERE INCARICHI PROVVISORI E/O DI SOSTITUZIONE PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA
PRIMARIA A RAPPORTO ORARIO (SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE)
PRESSO IL PRESIDIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DI ACERNO**

AL DIRIGENTE RESPONSABILE UOASB e MSA DSB n. 68
AL REFERENTE dott. NICOLINO DI PIETRO
pec: ds68@pec.aslsalerno.it

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

nata/a _____ () il _____

Cell _____

Mail _____

pec _____

ESPRIME

La propria disponibilità ad **INSERIMENTO IN ELENCO MEDICI DISPONIBILI** ad accettare un incarico provvisorio/di sostituzione per il Servizio di Continuità Assistenziale presso il Comune di Acerno (SA).

Allega:

Fotocopia del documento d'identità in corso di validità

Autocertificazione informativa come da Allegato L (in allegato)

Data: _____

IN FEDE
