



ACN per la Specialistica ambulatoriale, art. 41- PROGRAMMI E PROGETTI FINALIZZATI

Manifestazione d'interesse riservata agli Specialisti ambulatoriali interni in via prioritaria nella branca Medicina Interna e successivamente agli Specialisti ambulatoriali interni nelle branche indicate secondo il seguente ordine di priorità: Cardiologia e Radiologia, titolari di incarico a tempo indeterminato nell'ambito zonale, disponibili a svolgere attività progettuali nell'ambito del Progetto 1: "Costituzione equipe multidisciplinare per attività clinica" di cui al Piano di interventi dell'ASL Salerno, approvato con deliberazione n. 1718 del 13/11/2024.

L'ASL Salerno, al fine di realizzare le attività relative all'area di intervento "Contrastare la povertà sanitaria" di cui al Programma Nazionale Equità nella Salute, in conformità a quanto stabilito dalla scheda Progetto 1 – Codice progetto: IN.4k.1_02, CUP: C45C21000020006, WBS: ASR_IN.4K.1_02 - di cui al Piano di Interventi dell'ASL Salerno, approvato con deliberazione n. 1718 del 13/11/2024, fa richiesta di disponibilità di Specialisti ambulatoriali interni in via prioritaria nella branca di Medicina Interna e successivamente nelle branche indicate secondo il seguente ordine di priorità: Cardiologia e Radiologia, titolari di incarico a tempo indeterminato nell'ambito zonale, per l'espletamento di 3 incarichi da 9 ore settimanali ciascuno, non frazionabili e da svolgersi quindi nell'ambito di un solo turno, per la durata di 6 mesi, rinnovabile semestralmente previa valutazione fino ad un massimo di 18 mesi, da espletarsi all'inizio esclusivamente a bordo di motorhome itineranti sul territorio provinciale ed in seguito, secondo esigenze aziendali, presso il Distretto Sanitario 60 Nocera, il Distretto Sanitario 61 Angri, il Distretto Sanitario 62 Sarno-Pagani, il Distretto Sanitario 63 Cava-Costa d'Amalfi, il Distretto Sanitario 64 Eboli, il Distretto Sanitario 65 Battipaglia, il Distretto Sanitario 66 Salerno, il Distretto Sanitario 67 Mercato San Severino, il Distretto Sanitario 68 Giffoni Valle Piana, il Distretto Sanitario 69 Capaccio-Roccamare, il Distretto Sanitario 70 Vallo della Lucania-Agropoli, il Distretto Sanitario 71 Sapri, il Distretto Sanitario 72 Sala Consilina, il PO Umberto I di Nocera Inferiore, il Poliambulatorio di Salerno in via Kennedy, il PO Luigi Curto di Polla nonché presso le strutture in via di implementazione di cui al DM 77/2022, in favore di cittadini stranieri presenti sul territorio e di pazienti in condizioni di vulnerabilità socioeconomica, prevedendo un compenso orario omnicomprensivo pari ad Euro 80,00 (ottanta).

Gli Specialisti ambulatoriali interessati possono inviare, esclusivamente a mezzo PEC all'indirizzo: protocollogenerale@pec.aslsalerno.it, la comunicazione di disponibilità allegata al presente bando entro 10 giorni dalla data della pubblicazione della presente, che rechi in oggetto la seguente dicitura: *comunicazione di disponibilità per lo svolgimento di attività progettuale ai sensi dell'art. 41 dell'ACN per la Specialistica ambulatoriale.*

Gli Specialisti ambulatoriali interni disponibili saranno graduati nell'ordine del minor numero di ore complessive di incarico, dell'anzianità di servizio, dell'anzianità di laurea e, quindi, della minore età anagrafica.

Il Direttore f.f.
dott. Giuseppe Ferrantino



GIUSEPPE
FERRANTINO
18.06.2026
11:08:12
GMT+02:00
www.aslsalerno.it

COMUNICAZIONE DI DISPONIBILITA' ALL'ESPLETAMENTO DELLE ATTIVITA' PROGETTUALI
art. 41 ACN SPECIALISTICA AMBULATORIALE 2025

Progetto 1: "Costituzione equipe multidisciplinare per attività clinica" di cui al Piano di interventi dell'ASL Salerno, approvato con deliberazione n. 1718 del 13/11/2024.

Al Direttore Generale
ASL Salerno
protocollogenerale@pec.aslsalerno.it

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ (prov. _____) il _____
cittadinanza _____ codice fiscale _____
residente nel Comune di _____ (prov. _____) CAP _____
al/alla Via/Corso/Piazza _____ n. _____
PEC _____
e-mail _____
cellulare _____ telefono fisso _____
di essere iscritto/a all'Ordine dei/degli _____ con n°
_____ dal _____ / _____ / _____
- laureato/a in _____ il _____ / _____ / _____
con voto _____ presso l'Università di _____
- specializzato/a in _____ il _____ / _____ / _____
con voto _____ presso l'Università di _____

(biffare un solo item)

- quale titolare di incarico di Specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato, branca Medicina Interna, presso _____
per n. _____ ore settimanali complessive, con anzianità di servizio a far data dal _____;
- quale titolare di incarico di Specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato, branca Cardiologia, presso _____
per n. _____ ore settimanali complessive, con anzianità di servizio a far data dal _____;
- quale titolare di incarico di Specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato, branca Radiologia, presso _____
per n. _____ ore settimanali complessive, con anzianità di servizio a far data dal _____;

COMUNICA

la propria disponibilità all'espletamento di 1 incarico da 9 ore settimanali ciascuno, non frazionabile e da svolgersi quindi nell'ambito di un solo turno, per la durata di 6 mesi, rinnovabile semestralmente previa valutazione fino ad un massimo di 18 mesi, da svolgersi all'inizio esclusivamente a bordo di motorhome itineranti sul territorio provinciale ed in seguito, secondo esigenze aziendali, presso il Distretto Sanitario 60 Nocera, il Distretto Sanitario 61 Angri, il Distretto Sanitario 62 Sarno-Pagani, il Distretto Sanitario 63 Cava-Costa d'Amalfi, il Distretto Sanitario 64 Eboli, il Distretto Sanitario 65 Battipaglia, il Distretto Sanitario 66 Salerno, il Distretto Sanitario 67 Mercato San Severino, il Distretto Sanitario 68 Giffoni Valle Piana, il Distretto Sanitario 69 Capaccio-Roccamare, il Distretto Sanitario 70 Vallo della Lucania-Agropoli, il Distretto Sanitario 71 Sapri, il Distretto Sanitario 72 Sala Consilina, il PO Umberto I di Nocera Inferiore, il Poliambulatorio di Salerno in via Kennedy, il PO Luigi Curto di Polla nonché presso le strutture in via di implementazione di cui al DM 77/2022, in favore di cittadini stranieri presenti sul territorio di pazienti in condizioni di vulnerabilità socioeconomica.

A tal fine chiede che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente indirizzo PEC o e-mail:

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____, nato/a a _____ il _____ 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)