



**UOC Coordinamento Cure Primarie**  
Via Nizza, 146 - 84124 Salerno - Tel. 089 693594  
PEC: assistenzaprimaria@pec.aslsalerno.it

**Avviso per il servizio di Guardia Medica presso le località turistiche - Anno 2026.**

L'ASL Salerno, attesa la necessità di potenziare l'offerta sanitaria nelle località turistiche, fa richiesta di disponibilità per l'eventuale conferimento di incarichi a tempo determinato nel Servizio di Guardia Medica Turistica, da espletarsi presso i Presidi, nei mesi, giorni ed orari di seguito riportati:

DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ		
DISTRETTO SANITARIO	PRESIDIO	PERIODO
63	AMALFI	LUGLIO e AGOSTO lunedì - mercoledì - venerdì ore 08:00 - 14:00
63	AMALFI	LUGLIO e AGOSTO martedì - giovedì ore 14:00 - 20:00
63	CETARA	LUGLIO e AGOSTO martedì - venerdì ore 08:00 - 14:00
63	CETARA	LUGLIO e AGOSTO lunedì - mercoledì - giovedì ore 14:00 - 20:00
63	MAIORI	LUGLIO e AGOSTO martedì - giovedì ore 08:00 - 14:00
63	MAIORI	LUGLIO e AGOSTO lunedì - mercoledì - venerdì ore 14:00 - 20:00
63	POSITANO	LUGLIO e AGOSTO lunedì - mercoledì - venerdì ore 08:00 - 14:00
63	POSITANO	LUGLIO e AGOSTO martedì - giovedì ore 14:00 - 20:00
63	VIETRI SUL MARE	LUGLIO e AGOSTO lunedì - mercoledì - giovedì ore 08:00 - 14:00
63	VIETRI SUL MARE	LUGLIO e AGOSTO martedì - venerdì ore 14:00 - 20:00

68	ACERNO	LUGLIO ore 8:00 - 20:00
68	ACERNO	AGOSTO ore 8:00 - 20:00
68	PONTECAGNANO FAIANO	LUGLIO ore 8:00 - 20:00
68	PONTECAGNANO FAIANO	AGOSTO ore 8:00 - 20:00
69	CAPACCIO PAESTUM	LUGLIO ore 8:00 - 20:00
69	CAPACCIO PAESTUM	AGOSTO ore 8:00 - 20:00
70	AGROPOLI	LUGLIO ore 8:00 - 20:00
70	AGROPOLI	AGOSTO ore 8:00 - 20:00
70	SANTA MARIA DI CASTELLABATE	LUGLIO ore 8:00 - 20:00
70	SANTA MARIA DI CASTELLABATE	AGOSTO ore 8:00 - 20:00
70	MONTECORICE	LUGLIO ore 8:00 - 20:00
70	MONTECORICE	AGOSTO ore 8:00 - 20:00
70	POLLICA/ACCIAROLI	LUGLIO ore 8:00 - 20:00
70	POLLICA/ACCIAROLI	AGOSTO ore 8:00 - 20:00
70	CASALVELINO	LUGLIO ore 8:00 - 20:00
70	CASALVELINO	AGOSTO ore 8:00 - 20:00
70	ASCEA MARINA	LUGLIO ore 8:00 - 20:00
70	ASCEA MARINA	AGOSTO ore 8:00 - 20:00
70	PISCIOTTA	LUGLIO ore 8:00 - 20:00
70	PISCIOTTA	AGOSTO ore 8:00 - 20:00
71	CAMEROTA MARINA - LOCALITA' PORTO	LUGLIO ore 8:00 - 20:00
71	CAMEROTA MARINA - LOCALITA' PORTO	AGOSTO ore 8:00 - 20:00
71	CENTOLA/PALINURO – SAUT SANT'AGATA	LUGLIO ore 8:00 - 20:00

71	CENTOLA/PALINURO – SAUT SANT'AGATA	AGOSTO ore 8:00 - 20:00
----	------------------------------------	----------------------------

SABATO, DOMENICA E FESTIVI
----------------------------

DISTRETTO SANITARIO	PRESIDIO	PERIODO
70	SANTUARIO MONTE GELBISON	AGOSTO ore 8:00 - 20:00
70	SANTUARIO MONTE GELBISON	SETTEMBRE ore 8:00 - 20:00

I medici interessati devono presentare, entro il **termine perentorio** di 10 (dieci) giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso, domanda in bollo che deve essere inviata all'indirizzo di posta elettronica certificata [protocollo generale@pec.aslsalerno.it](mailto:protocollo generale@pec.aslsalerno.it) e che deve riportare in oggetto la seguente dicitura: **"Comunicazione di disponibilità per il servizio di Guardia Medica presso le località turistiche"**.

La domanda dovrà essere:

- redatta utilizzando l'**Allegato A**;
- corredata dalla dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà **Autocertificazione informativa Allegato L**;
- provvista della copia del **documento** di riconoscimento in corso di validità;
- inviata unitamente agli allegati in un **unico file formato pdf**;

**pena l'inammissibilità della domanda.**

L'assegnazione dei medici ai presidi sopra elencati avverrà sulla base di una apposita graduatoria redatta nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, in analogia all'art. 19, co. 7, 2° periodo dell'Accordo Collettivo Nazionale Medici di Medicina Generale.

Il Direttore f.f.  
dott. Giuseppe Ferrantino

GIUSEPPE  
FERRANTINO  
18.06.2026  
13:26:50  
GMT+02:00



Bollo  
€ 16,00

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

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
e residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
al/alla Via/Corso/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Cellulare \_\_\_\_\_ Telefono fisso \_\_\_\_\_  
laureato/a in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_/110 presso l'Università  
degli Studi di \_\_\_\_\_, abilitato all'esercizio della professione medica nell'anno \_\_\_\_\_,  
iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
con numero iscrizione \_\_\_\_\_,

#### COMUNICA

la propria disponibilità all'eventuale conferimento di incarico a tempo determinato per la Guardia Medica Turistica nei periodi di luglio, agosto e settembre 2026.

Il sottoscritto, 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;
- che comunicherà all'A.S.L. Salerno ogni intervenuta incompatibilità.

Inoltre, dichiara di essere consapevole che le convocazioni e/o le comunicazioni per l'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o affidamento di sostituzione saranno inviate esclusivamente per Posta Elettronica Certificata all'indirizzo dal quale è stata inviata la domanda.

Autorizza, infine, 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)

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ iscritto all'Albo dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 dichiara formalmente di

1) essere - non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):

Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte e con n° \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte

Periodo: dal \_\_\_\_\_

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)

Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:

Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione \_\_\_\_\_ o in altra regione (2):

Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso \_\_\_\_\_

Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_

Inizio: dal \_\_\_\_\_

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal \_\_\_\_\_

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)

Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro: \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico \_\_\_\_\_

Pensionato dal \_\_\_\_\_

NOTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"