



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

Manifestazione d'interesse riservata ai Medici di Assistenza Primaria in quiescenza per lo svolgimento di attività da rendersi nelle Case della Comunità, sedi hub e spoke, e/o Ospedali di Comunità.

Considerata l'esigenza di contrastare la carenza contrastare di Medici di Assistenza Primaria e al fine di soddisfare il fabbisogno orario richiesto dai nuovi modelli organizzativi territoriali per garantire i servizi assistenziali previsti dalla normativa vigente, si propone di conferire incarichi in regime libero professionale ai Medici di Assistenza Primaria già collocati in quiescenza, secondo disponibilità oraria dei medici interessati, l'ASL Salerno invita i Medici di Assistenza Primaria collocati in quiescenza a fare pervenire la propria disponibilità per l'eventuale conferimento di incarichi per lo svolgimento di attività nelle Case della Comunità, sedi hub e spoke, e/o Ospedali di Comunità di durata semestrale, eventualmente rinnovabili per periodi di pari durata, previa verifica dello stato di perdurante carenza assistenziale nell'ambito delle CdC e OdC ed alla luce dell'inserimento degli aventi diritto all'esito delle procedure regionali di assegnazione degli incarichi vacanti, con possibilità per l'Azienda di ridurre il numero di ore o di cessare il rapporto in caso di contrazione dell'attività e/o nell'ipotesi dell'ingresso dei titolari che colmino il fabbisogno orario necessario per garantire l'assistenza:

- all'interno delle CdC fino a un massimo di 6 ore al giorno, 7/7 nelle sedi hub e 6 ore al giorno, 6/7 nelle sedi spoke;
ovvero
- all'interno degli OdC nel turno diurno (08:00-20:00) per almeno 4/5 ore al giorno, 6/7, eventualmente estensibili a 7/7 secondo esigenze aziendali e comunque fino a un massimo di 24 ore settimanali, soggette ad eventuale incremento secondo esigenze aziendali.

Il trattamento economico riconosciuto per ogni ora di attività svolta sarà determinato conformemente a quanto stabilito sul punto dall'art. 47 co. 3 dell'Accordo di categoria.

I Medici di Assistenza Primaria disponibili saranno graduati nell'ordine della minore età anagrafica, in subordine della maggiore anzianità di laurea e, in via ulteriormente gradata, del voto di laurea.

I Medici interessati devono presentare, entro e non oltre le ore 12:00 del 23/06/2026, domanda che deve essere:

- redatta utilizzando il modello di accettazione di cui all'**Allegato A**;
- corredata dalla copia del **documento** di riconoscimento in corso di validità;
- inviata all'indirizzo di posta elettronica certificata **protocollogenerale@pec.aslsalerno.it** unitamente agli allegati in un **unico file formato pdf**.

Il Direttore f.f.
dott. Giuseppe Ferrantino

GIUSEPPE
FERRANTINO
18.06.2026
13:36:38
GMT+02:00





Al Direttore Generale dell'ASL Salerno
protocollo generale@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 _____,

quale Medico di Assistenza Primaria presso (indicare l'Azienda dove si è svolto l'ultimo incarico)
_____ in quiescenza a far data dal
_____;

sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000, n. 445

ESPRIME

sotto la propria responsabilità e consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del DPR 28/12/2000, n. 445 e delle conseguenze di natura penale in caso di dichiarazioni mendaci, che le notizie sopra riportate corrispondono al vero, la propria disponibilità per l'eventuale conferimento di incarichi di durata semestrale, eventualmente rinnovabili per periodi di pari durata, previa verifica dello stato di perdurante carenza

assistenziale nell'ambito delle CdC e OdC ed alla luce dell'inserimento degli aventi diritto all'esito delle procedure regionali di assegnazione degli incarichi vacanti, con possibilità per l'Azienda di ridurre il numero di ore o di cessare il rapporto in caso di contrazione dell'attività e/o nell'ipotesi dell'ingresso dei titolari che colmino il fabbisogno orario necessario per garantire l'assistenza, per lo svolgimento di attività presso

(biffare uno o entrambi gli item)

Case della Comunità (indicare, in ordine di preferenza, fino a 3 sedi tra quelle indicate nell'allegato B):

1) _____;

2) _____;

3) _____;

Ospedale di Comunità (indicare una sola sede tra quelle indicate nell'allegato B):

1) _____.

Dichiara, inoltre, di essere informato ed autorizzare la raccolta ed il trattamento dei dati personali nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003 e smi.

_____ luogo

_____ data
