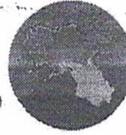


ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno



F.to Eliana AMBROSIO

UOC Assistenza Primaria

Via Nizza, 146 - 84124 Salerno – Tel. 089 693594

email: assistenzaprimaria@aslsalerno.it – PEC: assistenzaprimaria@pec.aslsalerno.it

**Manifestazione d'interesse riservata ai Medici Pediatri di Libera Scelta dell'ASL Salerno
per la partecipazione ai turni di servizio presso i Presidi Ospedalieri aziendali**

L'ASL Salerno, attesa la necessità di far fronte a carenze di assistenza pediatrica presso i seguenti Presidi Ospedalieri:

- Santa Maria della Speranza di Battipaglia;
- Luigi Curto di Polla;
- San Luca di Vallo della Lucania;
- Dell'Immacolata di Sapri;

ai sensi dell'art. 46, co. 1, 2° cpv dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta, indice manifestazione d'interesse per la partecipazione ai turni di servizio presso le UO Pediatria dei PO elencati.

Lo svolgimento di tale attività, al di fuori degli obblighi e delle funzioni previste dall'Accordo di categoria, non deve comunque recare pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali.

La partecipazione ai turni di servizio, della durata non superiore ad un anno, espressamente rinnovabile, cesserà in ogni caso al venir meno della carenza di assistenza pediatrica valutata dall'Azienda.

Per ogni ora di attività sarà corrisposto un compenso di euro 60,00 (sessanta) lordi, oltre i contributi previdenziali previsti per legge, come stabilito dal Comitato Aziendale di Pediatria di Libera Scelta ex. art. 12 dell'ACN PLS nella seduta del 04/07/2023, di cui al verbale n. 95.

I Medici interessati, pena l'esclusione dalla partecipazione, devono inviare la *comunicazione di disponibilità* utilizzando il modello allegato al presente bando, a mezzo PEC all'indirizzo protocollogenerale@pec.aslsalerno.it, entro le ore 12:00 del 17/07/2023.

Il Direttore
dott. Massimo D'Andrea

Comunicazione di disponibilità a partecipare ai turni di servizio presso i Presidi Ospedalieri aziendali.

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____, Medico Chirurgo
Specialista in Pediatria, nato a _____, il _____,
residente in _____ (____) , Via _____,
Codice Fiscale _____, telefono fisso _____,
telefono cellulare _____ . email _____,
pec _____,
chiede di partecipare ai turni di servizio presso l'UO Pediatria del/i seguente/i Presidi/o Ospedaliero/i:

A tal proposito dichiara:

- di essere Pediatra di Libera Scelta nell'ASL Salerno Distretto Sanitario _____,
dal _____;

(biffare un solo item dei seguenti due)

- di essere intestatario della seguente polizza assicurativa contro gli infortuni
_____;
- di non disporre di polizza assicurativa contro gli infortuni, ma di impegnarsi a stipularla prima dell'inizio
dell'attività di cui alla presente comunicazione di disponibilità;

(biffare un solo item dei seguenti due)

- di essere intestatario della seguente polizza assicurativa a copertura del rischio RCT
_____;
- di non disporre di polizza assicurativa a copertura del rischio RCT, ma di impegnarsi a stipularla prima
dell'inizio dell'attività di cui alla presente comunicazione di disponibilità.

La presente vale come autocertificazione ai sensi D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e smi e qualsiasi dichiarazione
non conforme alla reale situazione costituisce reato perseguibile a norma di legge.

Si allega copia del documento di identità _____
n° _____ rilasciato da _____
il _____.

(luogo e data)

(firma)