

*Direzione Generale*

Ai Direttori Distretti Sanitari,  
Presidi Ospedalieri, Dipartimenti  
Loro Sedi

**Oggetto: Art. 20- ACN Specialistica Ambulatoriale, novembre 2021.**

Al fine di garantire i Lea e il miglioramento dell'offerta assistenziale, si verifica la possibilità di accorpare le ore presso un'unica ASL degli specialisti ambulatoriali già titolari a tempo indeterminato. Pertanto, prima della pubblicazione degli incarichi, sono messe a bando ai sensi dell'art. 20 del vigente ACN per la specialistica ambulatoriale i seguenti turni:

**D.S. 35**

12 ore settimanali nella branca di Otorinolaringoiatria

**D.S. 36/Ischia**

14 ore settimanali nella branca di Medicina Legale

38 ore settimanali nella branca di Pediatria/ Ischia per attività ambulatoriale e vaccinale

**D.S. 37**

38 ore settimanali nella branca di Igiene e Medicina Preventiva

16 ore settimanali nella branca di Otorinolaringoiatria

**D.S. 38**

06 ore settimanali nella branca di Allergologia

38 ore settimanali nella branca di Neuropsichiatria Infantile

12 ore settimanali nella branca di Neurologia

18 ore settimanali nella branca di Pneumologia



D.S. 39

12 ore settimanali nella branca di Neurologia

D.S. 43

22 ore settimanali nella branca di Otorinolaringoiatria

18 ore settimanali nella branca di Urologia

D.S. 47

38 ore settimanali nella branca di Neuropsichiatria Infantile

**P.O. Pozzuoli**

10 ore settimanali nella branca di Biologia per un professionista Biologo con documentata esperienza in Biologia Molecolare.

**Casa Circondariale Femminile Pozzuoli**

12 ore settimanali per professionista nella branca di Psicologia.

Gli specialisti ambulatoriali titolari di ore d'incarico presso la nostra Azienda interessati alle ore riportate nella presente devono presentare istanza entro e non oltre il decimo giorno dalla pubblicazione sul sito Aziendale utilizzando il facsimile allegato alla presente ed inviandolo al seguente indirizzo di posta elettronica: [cureprimarie@aslnapoli2nord.it](mailto:cureprimarie@aslnapoli2nord.it).

Il Direttore UOC Cure Primarie  
Dr. Antonio Cajafa

Il Direttore Sanitario Aziendale  
Dott.ssa Monica Vanni

Il Direttore Generale  
Dott. Antonio d'Amore

**Al Direttore U.O.C. Cure Primarie ASL Napoli 2 Nord**  
**mail : cureprimarie@aslnapoli2nord.it**

**Richiesta di accorpamento / incremento orario (art.20 ex art 18)**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
Te. Cell. \_\_\_\_\_ fisso \_\_\_\_\_  
P.E.C. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
con riferimento alle ore pubblicate sul portale della ASL Napoli 2 Nord in data \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di essere specialista ambulatoriale a tempo indeterminato nella branca di \_\_\_\_\_ per  
n. \_\_\_\_\_ ore presso la ASL Napoli 2 Nord:

DSB \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore

DSB \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore

P.O. \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore

e/o presso

ASL \_\_\_\_\_ DSB \_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_ DSB \_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_ DSB \_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_

Azienda Ospedaliera \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_

INAIL \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_

SASN per complessive ore \_\_\_\_\_

Ministeri ecc. per complessive ore \_\_\_\_\_

di avere un'anzianità di incarico a far data \_\_\_\_\_

(indicare la decorrenza del primo incarico, anche a tempo determinato se non vi è stata soluzione di continuità)

**CHIEDE**

la mobilità all'interno dell'ASL Napoli 2 Nord, per le ore da assegnare al \_\_\_\_\_  
con contestuale rinuncia a n. \_\_\_\_\_ ore presso \_\_\_\_\_ (art. 30 comma 1);

il completamento orario presso l'ASL Napoli 2 Nord per n. \_\_\_\_\_ ore da assegnare al \_\_\_\_\_  
(art. 20, comma 1) con contestuale rinuncia a n. \_\_\_\_\_ ore presso \_\_\_\_\_

ovvero il completamento orario presso l'ASL Napoli 2 Nord per incremento di n. \_\_\_\_\_ ore da  
assegnare al \_\_\_\_\_ (art. 20, comma 1);

Consapevole delle responsabilità, anche di natura penale, cui va incontro chi sottoscrive dichiarazioni false o mendaci, anche parzialmente (art. 76 DPR 445/2000)

**DICHIARA**

che tutti i dati, le notizie e i fatti riportati nella presente dichiarazione sono veri.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_