



ASL Lecce

PugliaSalute

GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO

Via Pasquale De Lorentis, 29 - 73024 Maglie (LE)

tel. 0836 420782 - 0832 215330

e-mail: convenzionisud@asl.lecce.it

PEC: personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it

PUBBLICAZIONE TURNI VACANTI SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA
SETTEMBRE 2023

Ai sensi dell'art. 20 comma 3 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 31/03/2020 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità, all'esito della seduta del Comitato Zonale per la Specialistica Ambulatoriale Interna del 31/08/2023.

BRANCA	n. Ore Settimanali	Sede
OCULISTICA	6 tempo indeterminato	Casa Circondariale di Lecce
CARDIOLOGIA	6 tempo indeterminato	Casa Circondariale di Lecce
ORTOPEDIA	12 tempo indeterminato	Casa Circondariale di Lecce
PSICOLOGIA	38 tempo indeterminato	U.O.S.V.D. Psichiatria Giudiziaria e Forense Articolazione Tutela Salute Mentale Casa Circondariale di Lecce
PSICHIATRIA	76 tempo indeterminato	n. 2 incarichi da 38 ore sett.li ciascuno. Casa Circondariale di Lecce Unità Operativa di Psichiatria Penitenziaria, interna alle sezioni detentive
PNEUMOLOGIA	15 tempo indeterminato	Casa Circondariale di Lecce
NEUROLOGIA	19 tempo indeterminato	DSS di Poggiardo
PNEUMOLOGIA	38 tempo indeterminato	n. 20 ore sett.li DSS di Gagliano del Capo n. 18 ore sett.li DSS di Gallipoli
ENDOCRINOLOGIA/DIABETOLOGIA **	17 tempo indeterminato	DSS di Casarano
OCULISTICA * (ore A.P.P.)	25 tempo indeterminato	DSS Nardò n. 25

SEDE LEGALE E DIREZIONE GENERALE

via Miglietta, 5 - 73100 LECCE

C.F e P.IVA 04008300750

<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce>



**REGIONE
PUGLIA**



ASL Lecce

PugliaSalute

GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO

Via Pasquale De Lorentis, 29 – 73024 Maglie (LE)

tel. 0836 420782 - 0832 215330

e-mail: convenzionisud@asl.lecce.it

PEC: personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it

* Gli incarichi saranno attribuiti, ai sensi dell'art. 54 dell'A.C.N. vigente, a coloro che sono inseriti nella graduatoria di cui all'art. 19 dell'A.C.N. vigente e secondo la relativa collocazione in quest'ultima.

** Si comunica che l'incarico sarà attribuito, sulla base del seguente ordine di priorità:

- 1) medici inseriti nelle graduatorie Regionale anno 2023 nella branca di Endocrinologia;
- 2) medici inseriti nelle graduatorie Regionale anno 2023 nella branca di Diabetologia;

Tutti i turni sono da considerarsi a tempo indeterminato e non frazionabili in sede di assegnazione, giusta art. 20 comma 4 dell'ACN del 31/03/2020 e s.m.i., ad eccezione dei turni assegnati ai già titolari di altri incarichi, che potranno essere frazionati nella misura necessaria al completamento (art. 9 comma 1 AIR vigente).

Le domande degli Specialisti Ambulatoriali aspiranti ai turni disponibili, dovranno essere trasmesse entro il **15 Settembre 2023** a mezzo posta elettronica certificata (PEC) al seguente indirizzo: personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it.

N.B.

L'Azienda si riserva la facoltà di sospendere o modificare la presente pubblicazione qualora ne rilevassero la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse o in quanto non più sussistenti i presupposti di attivazione dell'intera procedura.

IL DIRIGENTE U.O.S.
(Dr. Salvatore Maschio)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Antonio Bray)

IL DIRETTORE GENERALE
(Avv. Stefano Rossi)

SEDE LEGALE E DIREZIONE GENERALE

via Miglietta, 5 - 73100 LECCE

C.F e P.IVA 04008300750

<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce>



REGIONE
PUGLIA

Al Sig. Presidente
del COMITATO ZONALE MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI
presso ASL. LECCE – Viale Don Minzoni,8
LECCE

Il sottoscritto dott.
nato a (prov. di) il residente in
(prov. di) via n° C.A.P.
tel.

Di essere in possesso di diploma di laurea in medicina e chirurgia odontoiatria, laurea in
conseguita presso l'Università di
in data con voto

Di essere abilita all'esercizio della professione di nella
sessione presso l'Università di

Di essere in possesso della seguente specializzazione:
in conseguita il presso l'Università
di con voto

In riferimento alla lettera n. del chiede che gli sia assegnato l'incarico per i turni di
seguito riportati nell'ordine di preferenza e per il numero di ore settimanali a fianco di ciascuno indicati:

- | | |
|----------|----------|
| 1) | 4) |
| 2) | 5) |
| 3) | 6) |

Al tal fine il sottoscritto, consapevole che la segnalazione di notizie non veritiere comporta – ai sensi del vigente

Accordo per i Medici speciali ambulatoriali la revoca dell'incarico, DICHIARA, assumendone la responsabilità, di:
- essere/non essere già titolare di incarico ambulatoriale nella branca di presso
..... per n. ore settimanali anzianità di servizio dal;
- avere/non avere rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato (denominazione)
..... con/senza divieto di libero esercizio professionale con
la qualifica di;
- essere/non essere titolare di convenzionamento esterno nella branca di
con la A.S.L.;
- essere/non essere iscritto nella lista di medici generici di libera scelta;
- essere/non essere iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta;
- esercitare/non esercitare la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfetariamente presso enti e
struttura sanitaria pubblica o privata (denominazione)
non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche Accordo
per i Medici speciali ambulatoriali;
- operare/non operare a qualsiasi titolo nelle case di cura convenzionate con la A.S.L. (denominazione)
.....;
- svolgere/non svolgere attività fiscali per conto della A.S.L.;
- svolgere le seguenti altre attività:;
- essere/non essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore di
poliambulatorio, direttore o responsabile di laboratorio per analisi cliniche, di gabinetti di terapia fisica, di radiologia,
di medicina nucleare e di radioterapia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale;
- essere disponibile, in caso di incarico, a rinunciare alle seguenti attività incompatibili o comportanti limitazioni di
orario fra quelle sopra citate

.....
(data) (firma per esteso)