



ASL Lecce

PugliaSalute

AREA GESTIONE DEL PERSONALE
U.O.S. GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO
Via Pasquale De Lorentiis, 29 – 73024 Maglie
tel. 0836/420787
e-mail: convenzionisud@asl.le.it
PEC: personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it

20 SET. 2024

Pregg.mi
Ordine dei Medici provincia di Lecce
O.O.S.S. FIMG-SNAMI-SMI-CGIL
Distretti Socio Sanitari Asl Lecce
URP ASL LE

Loro Sedi

AVVISO PUBBLICO

E' indetto Avviso Pubblico per;

- la predisposizione di graduatorie aziendali per conferimento incarichi provvisori e di sostituzione nell'ambito del Ruolo unico di Assistenza Primaria ad attività oraria ASL Lecce;
- predisposizione di appositi elenchi distrettuali da utilizzare per la copertura di turni vacanti .

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

Possono dare la loro disponibilità ad effettuare turni vacanti e incarichi provvisori e di sostituzione:

1. Medici incaricati ai sensi dell'art. 34 dell'ACN vigente
2. Medici inseriti nella graduatoria unica regionale definitiva di Settore valida per l'anno 2024 approvata con Determinazione Dirigenziale n. 406 del 12/12/2023 e pubblicata sul Burp n. 112 del 21/12/2023.
3. Medici in possesso dell'attestato del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale
4. Medici iscritti al Corso di Formazione specifica in Medicina Generale
5. Medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994 (medici neo-abilitati)
6. Medici iscritti a Scuole di Specializzazione.

I medici interessati all'inclusione nelle graduatorie di cui sopra dovranno trasmettere istanza, corredata di fotocopia di un valido documento di identità entro e non oltre 10 gg. dalla data di pubblicazione sul sito aziendale del presente Avviso tramite utilizzo della posta elettronica certificata al seguente indirizzo: personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it

Nella domanda di partecipazione all'Avviso, che dovrà formularsi come da schema allegato al presente bando gli aspiranti, dovranno dichiarare sotto la propria responsabilità ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445, a pena di esclusione, i dati anagrafici, il luogo di residenza, l'indirizzo, il recapito telefonico, mail, il voto e l'anzianità di laurea, il numero di posizione eventualmente occupato nella graduatoria regionale definitiva anno 2024 con il relativo punteggio, data di conseguimento dell'attestato di Formazione specifica in Medicina Generale, iscrizione al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, iscrizione a Scuola di Specializzazione.

Ogni aspirante potrà esprimere nella domanda di partecipazione, opzione in ordine alla scelta del Distretto in cui intende garantire la copertura della vacanza.

A tale riguardo, si riportano di seguito i Distretti della ASL Lecce:

1. Distretto Lecce
2. Distretto Campi Salentina
3. Distretto Nardò
4. Distretto Martano
5. Distretto Galatina
6. Distretto Gallipoli
7. Distretto Maglie
8. Distretto Poggiardo
9. Distretto Casarano
10. Distretto Gagliano del Capo

Per ogni distretto sarà predisposto un apposito elenco in base alla scelta effettuata dal partecipante.

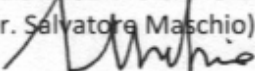
L'eventuale incarico è regolamentato sotto il profilo normativo, assicurativo ed economico dal vigente ACN Medicina Generale.

Ai fini fiscali il medico sostituto ha l'obbligo di aprire partita IVA senza emettere fattura elettronica, stante l'appartenenza al regime speciale Iva concesso con decreto ministeriale del 1974 (il cedolino emesso dall'Amministrazione sostituisce sostanzialmente la fattura).

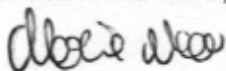
I dati personali forniti dai concorrenti a seguito della presente procedura, verranno trattati nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche e integrazioni.

BP/

IL DIRIGENTE UFFICIO
(Dr. Salvatore Maschio)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr.ssa Maria Nacci)



IL DIRETTORE GENERALE
(Avv. Stefano Rossi)



MODELLO DI DOMANDA

Avviso Pubblico per

- la predisposizione di graduatorie aziendali per conferimento incarichi provvisori e di sostituzione nell'ambito del Ruolo unico di Assistenza Primaria ad attività oraria ASL Lecce;
- per la formazione di appositi elenchi distrettuali da utilizzare per la copertura di turni vacanti .

Il/ La sottoscritto/a Dott./ssa _____

Crociare le caselle riguardanti la propria posizione:

Medico con incarico temporaneo nella sede di Continuità Assistenziale di _____

Medico con incarico provvisorio nella sede di Continuità Assistenziale di _____

Medico iscritto nella graduatoria regionale MMG 2024 con punteggio _____

Medici in possesso dell'attestato del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito in data _____

Medico iscritto a Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

Medico neo abilitato

Medico iscritto a Scuola di Specializzazione

CHIEDE

di essere inserito negli elenchi dei medici disponibili alla copertura delle vacanze del Distretto Socio Sanitario di _____

A tal fine dichiara:

a) di essere nato il _____ a _____ (_____)

b) di essere residente a _____ Cap _____

Via _____ N° _____

c) Tel. _____ Cell. _____ Cod. Fisc. _____

d) mail _____, pec _____

e) di essersi laureato in data _____ con voto _____

Luogo e Data _____

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità

Firma non autenticata leggibile