



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](mailto:convenzionisud@asl.le.it)  
PEC: [personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it](mailto:personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it)

Ordine dei Medici provincia di Lecce  
O.O.S.S. FIMG-SNAMI-SMI  
Distretti Socio Sanitari Asl Lecce

Loro Sedi

### AVVISO PUBBLICO

E' indetto Avviso Pubblico per la predisposizione di graduatorie aziendali per conferimento incarichi provvisori nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria presso le sedi carenti di Continuità Assistenziale sotto indicate:

- |                             |              |
|-----------------------------|--------------|
| • Sede di Lecce             | n. 5 carenze |
| • Sede di Lizzanello        | n. 2 carenze |
| • Sede di Squinzano         | n. 2 carenze |
| • Sede di Galatone          | n. 3 carenze |
| • Sede di Racale            | n. 2 carenze |
| • Sede di Ruffano           | n. 2 carenze |
| • Sede di Gagliano del Capo | n. 2 carenze |
| • Sede di Miggiano          | n. 2 carenze |
| • Sede di Salve             | n. 2 carenze |

Il presente Avviso è rivolto a:

Medici incaricati ai sensi dell'art. 34 'ACN vigente:

1. 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;
2. Medici in possesso dell'attestato del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale;
3. Medici iscritti al Corso di Formazione specifica in Medicina Generale;
4. Medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994 (medici neo-abilitati);
5. Medici iscritti a Scuole di Specializzazione.

I medici interessati dovranno comunicare la propria disponibilità entro e non oltre 7 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](mailto: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.

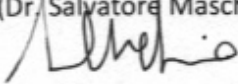
L'eventuale incarico è regolamentato sotto il profilo normativo, assicurativo ed economico dal vigente ACN Medicina Generale.

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).

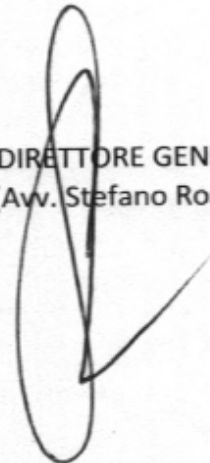
I dati personali forniti dai concorrenti a seguito della presente procedura, verranno trattati nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche e integrazioni.

BP/

Il Dirigente Ufficio  
(Dr. Salvatore Maschio)



IL DIRETTORE GENERALE  
(Avv. Stefano Rossi)



## MODELLO DI DOMANDA

**Oggetto:** richiesta di partecipazione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarico provvisorio o di sostituzione nell'ambito del Ruolo unico di Assistenza Primaria ad attività oraria ASL Lecce

Il/La sottoscritto/a Dottor \_\_\_\_\_

- Medico iscritto nella graduatoria regionale MMG 2024 con punteggio \_\_\_\_\_
- medici in possesso dell'attestato del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale
- medico iscritto a Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale
- medico neo abilitato
- medico iscritto a Scuola di Specializzazione

### 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 \_\_\_\_\_

Firma non autenticata leggibile