



ASL Lecce

PugliaSalute

AREA GESTIONE DEL PERSONALE
GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO
Viale Don Minzoni, 8 - 73100 Lecce
e-mail: mmg.pls.convenzioni@asl.lecce.it
pec: personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it
Tel. 0832 215314

13 DIC. 2024

Ai Medici inseriti in graduatoria regionale
Medicina Generale 2025

Ai Medici Frequentanti
Corso triennale Formazione Specifica in
Medicina Generale

e p.c. Ordine dei Medici Prov. Lecce

OO.SS. FIMMG – SNAMI – SMI

LORO SEDI

AVVISO PUBBLICO per la predisposizione di graduatoria aziendale di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nel RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA – anno 2025.

Si rende noto che a seguito di pubblicazione della graduatoria regionale definitiva relativa all'anno 2025, pubblicata su B.U.R.P. n. 96 *suppl.* del 28.11.2024, questa ASL indice il presente Avviso per la predisposizione di graduatorie aziendali di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nel suolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta.

Hanno titolo a partecipare al presente provvedimento ai sensi dell'art. 19 co. 6 ACN Medicina Generale 04.04.2024:

- a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
- b) medici che abbiano acquisito titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
- c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella medesima Regione in cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni per le quali possono concorrere anche gli iscritti a tale corso in altre Regioni.

Ai sensi dell'art. 19 co. 11 della L. 28 dicembre 2001 n. 448:

- d) medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31.12.1994;
- e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.

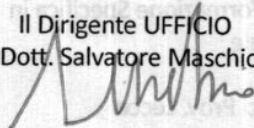


I medici di cui alle lettera b), c), d), e) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

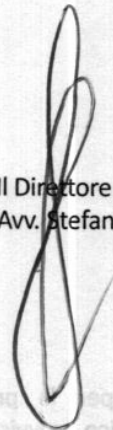
I medici interessati all'inclusione nelle graduatorie di cui sopra dovranno inviare istanza, in bollo, ai sensi dell'art. 19 co. 7 ACN Medicina Generale 04.04.2024, corredata da documento di riconoscimento in corso di validità, a mezzo pec esclusivamente all'indirizzo: personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it, entro e non oltre 30 (trenta) giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul sito web aziendale.

La domanda di partecipazione al presente Avviso dovrà formularsi, a pena di esclusione, come da modelli allegati al presente bando, redatta ai sensi del DPR n. 445/2000.

Il Dirigente UFFICIO
Dott. Salvatore Maschio



Il Direttore Generale
Avv. Stefano Rossi



**MEDICI ISCRITTI NELLA GRADUATORIA REGIONALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE
VALIDA PER L'ANNO 2025**

Marca da bollo

Oggetto: domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nel ruolo unico di Assistenza primaria a ciclo di scelta.

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____, presa visione dell'Avviso pubblico in oggetto, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

dichiara

a) di essere nato/a il _____ a _____ (prov. _____);

b) Codice fiscale _____;

c) di essere residente a _____ (prov. _____) CAP _____;

Via _____ N° _____;

d) Tel. _____ Cell. _____;

e) e-mail _____, pec _____;

f) di essere incluso/a al n. _____ con punti _____, nella graduatoria regionale definitiva per la medicina generale anno 2025 pubblicata sul BURP suppl n. 96 del 28/11/2024;

g) di svolgere/non svolgere altra attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto):

presso _____ dal _____;

tipologia del rapporto: _____;

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Luogo e Data _____

Firma non autenticata leggibile

MEDICI IN POSSESSO DEL TITOLO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

Marca da bollo

Oggetto: domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nel ruolo unico di Assistenza primaria a ciclo di scelta.

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____, presa visione dell'Avviso pubblico in oggetto, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

dichiara

a) di essere nato/a il _____ a _____ (prov. _____);

b) Codice fiscale _____;

c) di essere residente a _____ (prov. _____) CAP _____

Via _____ N° _____;

d) Tel. _____ Cell. _____;

e) e-mail _____, pec _____;

f) di aver conseguito la laurea in data _____ con voto _____

presso _____;

g) di essere in possesso dell'Attestato del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito in data _____;

h) di svolgere/non svolgere altra attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto):

presso _____ dal _____

tipologia del rapporto: _____;

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento

Luogo e Data _____

Firma non autenticata leggibile

MEDICI ISCRITTI AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

Marca da bollo

Oggetto: domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nel ruolo unico di Assistenza primaria a ciclo di scelta.

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____, presa visione dell'Avviso pubblico in oggetto, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

dichiara

a) di essere nato/a il _____ a _____ (prov. _____);

b) Codice fiscale _____;

c) di essere residente a _____ (prov. _____) CAP _____

Via _____ N° _____;

d) Tel. _____ : _____ Cell. _____;

e) e-mail _____, pec _____;

f) di aver conseguito la laurea in data _____ con voto _____

presso _____;

g) di essere iscritto/a al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale triennio _____;

h) di svolgere/non svolgere altra attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto):

presso _____ dal _____

tipologia del rapporto: _____;

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento

Luogo e Data _____

Firma non autenticata leggibile

(ALLEGATO D)

MEDICI ISCRITTI ALL'ALBO PROFESSIONALE SUCCESSIVAMENTE ALLA DATA DEL 31.12.1994

Marca da bollo

Oggetto: domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nel ruolo unico di Assistenza primaria a ciclo di scelta.

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____, presa visione dell'Avviso pubblico in oggetto, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

dichiara

a) di essere nato/a il _____ a _____ (prov. _____);

b) Codice fiscale _____;

c) di essere residente a _____ (prov. _____) CAP _____

Via _____ N° _____;

d) Tel. _____ Cell. _____;

e) e-mail _____, pec _____;

f) di aver conseguito la laurea in data _____ con voto _____

presso _____;

g) di svolgere/non svolgere altra attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto):

presso _____ dal _____

tipologia del rapporto: _____;

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento

Luogo e Data _____

Firma non autenticata leggibile

MEDICI ISCRITTI AI CORSI DI SPECIALIZZAZIONE

Marca da bollo

Oggetto: domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nel ruolo unico di Assistenza primaria a ciclo di scelta.

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____, presa visione dell'Avviso pubblico in oggetto, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

dichiara

- a) di essere nato/a il _____ a _____ (prov. _____);
- b) Codice fiscale _____;
- c) di essere residente a _____ (prov. _____) CAP _____
Via _____ N° _____;
- d) Tel. _____ Cell. _____;
- e) e-mail _____, pec _____;
- f) di aver conseguito la laurea in data _____ con voto _____
presso _____;
- g) di essere iscritto/a al corso di Specializzazione _____
_____;
- h) di svolgere/non svolgere altra attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto):
presso _____ dal _____
tipologia del rapporto: _____;

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento

Luogo e Data _____

Firma non autenticata leggibile
