



ASL Lecce

PugliaSalute

AREA GESTIONE DEL PERSONALE
GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO
viale Don Minzoni, 8 - 73100 Lecce (Le)
mail: mng.pls.convenzioni@asl.lecce.it
Pec: personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it
0832.215316

asl LE.ASL LECCE.REGISTRO
UFFICIALE.U.0265222.13-12-2024

13 DIC. 2024
Pubbl. su sito web
Scadenza: 13/12/2025 ore 23

13/12/2024

RESPONSABILE DELLA PUBBLICAZIONE

Dott.ssa Barbara GARNERO

Ordine dei Medici Provincia di Lecce
Ordine dei Medici Regione Puglia

O.O.S.S. PLS F.I.M.P. - C.I.Pe

Loro sedi

AVVISO PUBBLICO per la predisposizione di Graduatorie Aziendali di Pediatri di Libera Scelta disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione. Anno 2025.

Si rende noto che a seguito della pubblicazione della Graduatoria Regionale relativa all'anno 2025, pubblicata sul B.U.R.P. n. 96 suppl. del 28.11.2024 ASL Lecce indice Avviso per la predisposizione di Graduatorie Aziendali di Pediatri disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione.

Hanno titolo a partecipare al presente provvedimento ai sensi dell'art. 19 comma 7 A.C.N. PLS 2024:

- a) Pediatri iscritti nella Graduatoria Regionale secondo l'ordine di punteggio;
- b) Pediatri che abbiano acquisito la specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in Graduatoria Regionale.
- c) Pediatri in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti diversi dalla lettera b).

I Pediatri di cui alle lettere b) e c) sono graduati nell'ordine dell'anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

I Pediatri interessati all'inclusione nelle graduatorie di cui sopra dovranno inviare istanza, in bollo, ai sensi dell'art. 19 comma 8 A.C.N. PLS vigente, corredata di fotocopia di un valido documento di identità indirizzata a mezzo pec all'indirizzo: personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it entro e non oltre 30 (trenta) giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul sito istituzionale dell'Azienda.

La domanda di partecipazione dovrà essere formulata come da schermi allegati al presente Avviso ai sensi del DPR n. 445/2000, a pena di esclusione, e corredata da documento di riconoscimento in corso di validità.

Il Dirigente Ufficio
Dott. Salvatore Maschio



IL DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano Rossi



MODELLO DI DOMANDA

Spett.le ASL LECCE
U.O.S. Gestione Personale Convenzionato
personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it

SEDE

Oggetto: AVVISO PUBBLICO per la predisposizione di graduatorie aziendali di Pediatri di Libera Scelta disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione – Istanza di partecipazione. Anno 2025.

Il/La Sottoscritto/a Dott./ssa _____ nato/a a _____
il _____ C.F. _____ residente a _____
CAP _____ in Via _____ n° _____ tel./cell. _____
email _____ pec _____
Codice ENPAM _____

chiede

di essere ammesso/a alla selezione per la formazione di apposite graduatorie per il conferimento, ai sensi dell' A.C.N. PLS vigente, di incarichi provvisori, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione.

A tal fine, consapevole delle sanzioni di legge in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- di aver conseguito la specializzazione in data _____ presso _____
con votazione _____;
- () di concorrere per l'inserimento nella graduatoria aziendale in oggetto poiché iscritto nella Graduatoria Regionale relativa all'anno 2025, pubblicata sul B.U.R.P. n. 96 suppl. del 28.11.2024, al n. _____ con punteggio _____;
- () di concorrere per l'inserimento nella graduatoria aziendale in oggetto poiché in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
- () di concorrere per l'inserimento nella graduatoria aziendale in oggetto poiché in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti;
- di svolgere/non svolgere altre attività come medico pediatra (in caso affermativo indicare la natura del rapporto):
_____;
- di non trovarsi in situazioni di incompatibilità di cui all'art. 20 A.C.N. PLS vigente ovvero
_____;
- di non avere in corso procedimenti penali o disciplinari a proprio carico ovvero
_____;

- di esprimere il proprio assenso al trattamento dei dati personali acquisiti attraverso la presente domanda nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. n. 196/2003.

Il Sottoscritto/a chiede inoltre che ogni comunicazione relativa al presente Avviso venga effettuata al presente indirizzo:

() email/pec: _____;

() residenza/domicilio _____;

comunica altresì di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni disciplinate dall' A.C.N. PLS vigente, del quale ha integrale conoscenza, e dichiara formalmente sotto la propria responsabilità che quanto riportato nella presente istanza corrisponde a verità.

Si allega alla presente copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data

In Fede

(firma non autenticata)