



ASL Lecce

PugliaSalute

asl\_LE.ASL\_LECCE.REGISTRO  
UFFICIALE.I.0042156.10-03-2025

GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO

Via Pasquale De Lorentiis, 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**

**MARZO 2025**

Ai sensi dell'art. 21 comma 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 04/04/2024 per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità, a seguito della seduta del Comitato Zonale per la Specialistica Ambulatoriale Interna del 07/03/2025.

BRANCA	n. Ore Settimanali	Sede
RADIOLOGIA *	38 tempo indeterminato	DSS Martano
PSICHIATRIA	n. 1 incarico da 38 ore n. 1 incarico da 38 ore n. 1 incarico da 38 ore tempo indeterminato	Casa Circondariale di Lecce U.O.S.V.D. Psichiatria Penitenziaria e Forense
PNEUMOLOGIA	18 tempo indeterminato	Casa Circondariale di Lecce
PNEUMOLOGIA	18 tempo indeterminato	DSS Gagliano del Capo
CHIRURGIA VASCOLARE	24 tempo indeterminato	DSS Martano
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	38 tempo indeterminato	n. 38 ore sett.li DSS Lecce **
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	48 tempo indeterminato	n. 24 ore sett.li DSS Gagliano del Capo *** n. 18 ore sett.li DSS Nardò **** n. 6 ore sett.li DSS Galatina *****
DERMATOLOGIA	38 tempo indeterminato	DSS Gagliano del Capo
CHIRURGIA PLASTICA	12 tempo indeterminato	DSS Gagliano del Capo
CARDIOLOGIA	6 tempo indeterminato	DSS Casarano

\* Lo specialista radiologo deve possedere esperienza professionale documentata nella metodica di risonanza magnetica nucleare ed ecografia.

\*\* Assistenza domiciliare di III livello (cambio cannule, cambio PEG, ecc.) e mezzi di contrasto .

\*\*\* Attività per day service chirurgico e Assistenza domiciliare di III livello (cambio cannule, cambio PEG, ecc.) .

\*\*\*\* Attività per day service chirurgico e mezzi di contrasto .

\*\*\*\*\* Assistenza domiciliare di III livello (cambio cannule, cambio PEG, ecc.) .

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 Lorentiis, 29 – 73024 Maglie (LE)

tel. 0836 420782 - 0832 215330

e-mail: [convenzionisud@asl.lecce.it](mailto:convenzionisud@asl.lecce.it)

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

Le domande degli Specialisti Ambulatoriali aspiranti ai turni disponibili, dovranno essere trasmesse entro il **15 marzo 2025** a mezzo posta elettronica certificata (PEC) al seguente indirizzo: [personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it](mailto:personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it).

IL DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE

Dott.ssa Maria Nacci



IL DIRETTORE GENERALE

Avv. Stefano Rossi



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)