



ASL Lecce

PugliaSalute

AREA GESTIONE DEL PERSONALE  
GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO  
Viale Don Minzoni, 8 - 73100 Lecce  
pec: personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it  
Tel. 0836.420787

A tutti i Medici interessati  
Direttore DSS Lecce  
Dirigente Assistenza Penitenziaria Casa Circondariale Lecce

Ordine dei Medici Provincia di Lecce  
OO.SS FIMG-SNAMI-SMI

Loro Sedi

## AVVISO PUBBLICO

per la predisposizione di un elenco di medici disponibili al conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione presso la Casa Circondariale di Lecce.

Fabbisogno incarichi presso la Casa Circondariale di Lecce:

- n. **10** incarichi convenzionali di assistenza penitenziaria a **24** ore settimanali.

Hanno titolo a partecipare al presente provvedimento ai sensi dell'art. 19 comma 6 dell'ACN del 4/04/2024:

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

Ai sensi art. 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001, n. 448 per il solo affidamento di sostituzione:

4. medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
5. medici iscritti ai corsi di specializzazione.

Hanno altresì titolo a partecipare al presente procedimento i Medici titolari di incarico a tempo indeterminato nel servizio del Ruolo unico ai Assistenza Primaria ad attività oraria della ASL Lecce le cui domande saranno incluse in separato elenco di disponibilità, graduate secondo l'anzianità di titolarità di incarico, ai fini del conferimento di eventuali aumenti di orario per ulteriori 12 ore settimanali ai sensi dell'art. 42 comma 6 dell'AIR 18/01/2008.

I medici interessati all'inclusione nell'elenco di cui sopra dovranno inviare istanza corredata di fotocopia di un valido documento di identità indirizzata all'indirizzo pec : personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it entro e non oltre 10 (dieci) giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul sito web ASL LECCE.

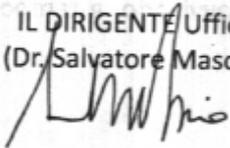
Nella domanda di partecipazione all'Avviso, che dovrà formularsi come da schemi allegati al presente bando gli aspiranti , dovranno dichiarare sotto la propria responsabilità ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445, a pena di esclusione, i dati anagrafici, il luogo di residenza, l'indirizzo, il recapito telefonico, mail, il voto e l'anzianità di laurea, il numero di posizione eventualmente occupato nella graduatoria regionale definitiva anno 2025 con il relativo punteggio e tutte le attività in via di svolgimento a qualsiasi titolo anche precario.

Le domande presentate dai medici di cui ai punti 2-3-4 e 5 sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea, prioritariamente i medici residenti nell'ambito dell'Azienda, in Regione e da ultimo fuori Regione.

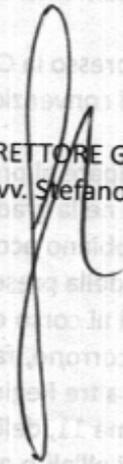
Le domande dei medici già titolari a tempo indeterminato nel ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria della ASL Lecce, saranno incluse in separato elenco a livello Aziendale graduate secondo l'anzianità di titolarità di incarico.

**Clausola Economica Integrativa:** nel caso di assenza di uno dei medici di assistenza penitenziaria ad attività oraria nel turno antimeridiano o pomeridiano, al medico presente in servizio è riconosciuta una indennità aggiuntiva pari a 85% della quota oraria contrattuale del medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria di euro 20,61 € lordo/h.

IL DIRIGENTE Ufficio  
(Dr. Salvatore Maschio)



IL DIRETTORE GENERALE  
(Avv. Stefano Rossi)



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

\_\_\_\_\_  
Marca da bollo

Oggetto: richiesta di partecipazione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nel servizio di Assistenza Penitenziaria c/o Istituto Penitenziario Borgo San Nicola di Lecce.

Il sottoscritto Dottor \_\_\_\_\_, presa visione dell'Avviso pubblico  
dichiara

a) di essere nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

b) Codice fiscale \_\_\_\_\_

c) di essere residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

d) Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento

Firma non autenticata leggibile



**MEDICI IN POSSESSO DELL'ATTESTATO DEL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN  
MEDICINA GENERALE**

Marca da bollo

Oggetto: richiesta di partecipazione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nel servizio di Assistenza Penitenziaria c/o Istituto Penitenziario Borgo San Nicola di Lecce.

Il sottoscritto Dottor \_\_\_\_\_, presa visione dell'Avviso pubblico  
dichiara

a) di essere nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

b) Codice fiscale \_\_\_\_\_

c) di essere residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

d) Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e) mail \_\_\_\_\_, pec \_\_\_\_\_

f) di essersi laureato in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento

Firma non autenticata leggibile



**MEDICI ISCRITTI AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE**

Marca da bollo

Oggetto: richiesta di partecipazione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nel servizio di Assistenza Penitenziaria c/o Istituto Penitenziario Borgo San Nicola di Lecce.

Il sottoscritto Dottor \_\_\_\_\_, presa visione dell'Avviso pubblico  
dichiara

a) di essere nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

b) Codice fiscale \_\_\_\_\_

c) di essere residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

d) Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e) mail \_\_\_\_\_, pec \_\_\_\_\_

f) di essersi laureato in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

g) di essere iscritto 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 \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento

Firma non autenticata leggibile



**MEDICI NEO-ABILITATI**

(hanno acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994)

Marca da bollo

Oggetto: richiesta di partecipazione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nel servizio di Assistenza Penitenziaria c/o Istituto Penitenziario Borgo San Nicola di Lecce.

Il sottoscritto Dottor \_\_\_\_\_, presa visione dell'Avviso pubblico  
dichiara

a) di essere nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

b) Codice fiscale \_\_\_\_\_

c) di essere residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

d) Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e) mail \_\_\_\_\_ . pec \_\_\_\_\_

f) di essersi laureato in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

h) di svolgere/non svolgere altra attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto) \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento

Firma non autenticata leggibile



MEDICI ISCRITTI A SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE

\_\_\_\_\_  
Marca da bollo

Oggetto: richiesta di partecipazione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nel servizio di Assistenza Penitenziaria c/o Istituto Penitenziario Borgo San Nicola di Lecce.

Il sottoscritto Dottor \_\_\_\_\_, presa visione dell'Avviso pubblico  
dichiara

a) di essere nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

b) Codice fiscale \_\_\_\_\_

c) di essere residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

d) Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e) mail \_\_\_\_\_ . pec \_\_\_\_\_

f) di essersi laureato in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

g) di essere iscritto a Scuola di Specializzazione

h) di svolgere/non svolgere altra attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto) \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento

Firma non autenticata leggibile



**MEDICI TITOLARI DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO DI ASSISTENZA PRIMARIA  
AD ATTIVITA' ORARIA**

\_\_\_\_\_  
Marca da bollo

Oggetto: richiesta di partecipazione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nel servizio di Assistenza Penitenziaria c/o Istituto Penitenziario Borgo San Nicola di Lecce.

Il sottoscritto Dottor \_\_\_\_\_, presa visione dell'Avviso pubblico

dichiara

a) di essere nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

b) Codice fiscale \_\_\_\_\_

c) di essere residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

d) Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e) mail \_\_\_\_\_, pec \_\_\_\_\_

f) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nella sede

di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

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

rapporto) \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento

Firma non autenticata leggibile

