



ASL Lecce

PugliaSalute

AREA GESTIONE DEL PERSONALE
U.O.S. GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO
Via Pasquale De Lorentiis, 29 – 73024 Maglie
tel. 0836/420787
e-mail: convenzionisud@asl.lecce.it
PEC: personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it

asl LE.ASL.LECCE.REGISTRO
UFFICIALE.U.0075416.06-05-2025

AVVISO PUBBLICO
ASSISTENZA SANITARIA ESTIVA
PERIODO (15 GIUGNO – 30 SETTEMBRE)

Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri della
Provincia di Lecce

FIMMG-SNAMI – SMI

Direttori Distretti Socio Sanitari ASL Lecce

Direttori Medici P.O.
Lecce – Copertino – Gallipoli – Scorrano –
Casarano – Galatina

Direttore C.O. 118

Loro Sedi

Asl Lecce indice Avviso Pubblico per la formazione di graduatoria valida per il conferimento di incarichi nel ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria per l'Assistenza Sanitaria Estiva per Turisti presso le località marine della Provincia di Lecce:

- Casalabate; Torre Chianca; Frigole; San Cataldo; San Foca; Torre dell'Orso; Torre Lapillo; Santa Maria al Bagno; Sant'Isidoro; Porto Cesareo; Otranto; Santa Cesarea Terme; Castro; Andrano; Tricase Porto; Santa Maria di Leuca; Torre San Giovanni; Torre Vado; Lido Marini; Gallipoli; Torre Suda; Marina di Mancaversa;
- presso i Pronto Soccorso dei P.O. Lecce, Gallipoli, Copertino, Scorrano, Casarano e Galatina limitatamente alla gestione dei codici bianchi e verdi, nel rispetto di quanto stabilito dalla Regione Puglia con nota prot. n. 250699 del 02/12/2024;

Hanno titolo a partecipare al presente procedimento secondo le priorità sotto riportate :

- Medici di cui all'art. 38 comma 2 dell'A.I.R. della M.G. vigente:
 - a) Medici incaricati a tempo indeterminato nel ruolo unico si Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale) della Asl, con priorità per i medici incaricati nel distretto dove è situata la postazione con completamento orario a 38 ore settimanali;
 - b) Medici incaricati nel ruolo unico si Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale) a tempo determinato nella ASL, con completamento orario a 38 ore settimanali per l'attività turistica;
 - c) medici incaricati a tempo indeterminato nel ruolo unico di Assistenza primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale) in ASL confinanti, con completamento orario a 38 ore settimanali;

- Medici nel ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta della ASL Lecce con numero di scelte non superiori a 300;
- Medici inclusi nella Graduatoria definitiva Regionale di Medicina Generale valida per l'anno 2025 pubblicata sul BURP *supl* n. 96 del 28/11/2024 ;
- Medici non inseriti nella Graduatoria di Medicina Generale in possesso di Corso di formazione triennale in M.G ;
- Medici iscritti a Corso di formazione specifica in Medicina generale;
- Medici non inseriti nella Graduatoria regionale e non in possesso del Corso di Formazione in Medicina Generale (neoabilitati);
- Medici iscritti a Scuola di Specializzazione;
- Medici nel ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta della ASL Lecce con numero di scelte inferiori a 1000;
- Medici titolari di duplice incarico convenzionale: Medici di Continuità Assistenziale e di Medicina di base con numero di scelte non superiori a 300;
- Medici nel ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta della Asl Lecce con numero di scelte superiori a 1000;

La domanda di partecipazione dovrà essere inviata entro e non oltre **10 gg.** dalla data di pubblicazione del presente Avviso a mezzo pec al seguente indirizzo: personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it

La domanda di partecipazione all'Avviso, corredata di fotocopia di un valido documento di identità dovrà essere formulata come da schemi allegati al presente Avviso e i candidati 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, 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.

La graduatoria aziendale per il conferimento degli incarichi convenzionali di assistenza turistica sarà predisposta rispettando l'ordine di priorità suddetto.

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.

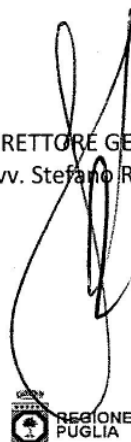
I destinatari in indirizzo sono invitati a dare la massima diffusione al presente avviso.

BP/

IL DIRIGENTE UFFICIO
(Dr. Salvatore Meschio)



IL DIRETTORE GENERALE
(Avv. Stefano Rossi)



(Allegato 1)

OGGETTO:ISTANZA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO PUBBLICO PER CONFERIMENTO INCARICHI CONVENZIONALI DI ASSISTENZA SANITARIA ESTIVA TURISTICA – ANNO 2025 .

Riservato ai Medici di cui all'Art. 38 dell'AIR vigente

Il _____ sottoscritt _____ Dottor _____
nat _____ il _____ a _____ (_____)
residente a _____ Cap _____ Via _____ N° _____
Tel.Cell. _____ Cod. Fisc. _____
Cod. EMPAM _____ mail _____
Data di laurea _____ voto di laurea _____ pec _____

MEDICI DI CUI ALL'ART. 38 COMMA 2 DELL'AIR VIGENTE

Con completamento orario a 38 ore settimanali:

- a) Medico incaricato nel ruolo unico di Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale) della ASL LECCE nella sede di _____ dal _____;
- b) Medico incaricato nel ruolo unico di Assistenza Primaria ad attività oraria a tempo determinato della ASL, sede di _____ dal _____;
- c) Medico incaricato a tempo indeterminato nel ruolo unici di Assistenza Primaria ad attività oraria AA.SS.LL., confinanti, ASL _____ Sede di dal _____;

CHIEDE

di partecipare alla graduatoria per conferimento di incarico convenzionale presso i Punti di Assistenza Sanitaria Estiva Turistica programmato da codesta A.S.L. LECCE per l'anno 2025.

Luogo e Data

Firma

(Allegato 2)

Riservato ai Medici di Medicina Generale

OGGETTO:ISTANZA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO PUBBLICO PER CONFERIMENTO INCARICHI
CONVENZIONALI DI ASSISTENZA SANITARIA ESTIVA TURISTICA – ANNO 2025.

Il _____ sottoscritt _____ Dottor _____
nat _____ il _____ a _____ (_____)
residente a _____ Cap _____ Via _____ N° _____
Tel.Cell. _____ Cod. Fisc. _____
Cod. EMPAM _____ mail _____
Data di laurea _____ voto di laurea _____ pec _____

a) Medico di Assistenza Primaria presso il Comune di _____ dal
_____ con numero scelte inferiori a 300;

b) Medico di Assistenza Primaria presso il Comune di _____ dal
_____ con numero scelte inferiori a 1000;

c) Medico di Assistenza Primaria presso il Comune di _____ dal
_____ con numero scelte superiori a 1000;

CHIEDE

di partecipare alla graduatoria per conferimento di incarico convenzionale presso i Punti di Assistenza
Sanitaria Estiva Turistica programmato da codesta A.S.L. LECCE per l'anno 2025.

Luogo e Data

Firma

(Allegato 3)

Riservato ai Medici inseriti nella graduatoria definitiva Regionale anno 2025.

OGGETTO:ISTANZA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO PUBBLICO PER CONFERIMENTO INCARICHI
CONVENZIONALI DI ASSISTENZA SANITARIA ESTIVA TURISTICA – ANNO 2025

Il _____ sottoscritt _____ Dottor _____
nat _____ il _____ a _____ (_____)
residente a _____ Cap _____ Via _____ N° _____
Tel.Cell. _____ Cod. Fisc. _____
Cod. EMPAM _____ mail _____
Data di laurea _____ voto di laurea _____ pec _____

a) Medico incluso al n° _____ con punti _____ nella graduatoria regionale definitiva
dell'anno 2025 , pubblicata sul BURP *supl* n. 96 del 28/11/2024

CHIEDE

di partecipare alla graduatoria per conferimento di incarico convenzionale presso i Punti di Assistenza
Sanitaria Estiva Turistica programmato da codesta A.S.L. LECCE per l'anno 2025.

Luogo e Data

Firma

(Allegato 4)

(Riservato ai Medici non inclusi nella graduatoria definitiva Regionale anno 2025.

OGGETTO:ISTANZA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO PUBBLICO PER CONFERIMENTO INCARICHI
CONVENZIONALI DI ASSISTENZA SANITARIA ESTIVA TURISTICA – ANNO 2025.

Il _____ sottoscritt _____ Dottor _____
nat _____ il _____ a _____ (_____)
residente a _____ Cap _____ Via _____ N° _____
Tel.Cell. _____ Cod. Fisc. _____
Cod. EMPAM _____ mail _____
Data di laurea _____ voto di laurea _____ pec _____

- Medico in possesso del Corso di Formazione in Medicina Generale conseguito in data _____
- Medico iscritto al Corso di Formazione in Medicina Generale _____
- Medico iscritto a Scuola di Specializzazione _____
- Medico neoabilitato

CHIEDE

di partecipare alla graduatoria per conferimento di incarico convenzionale presso i Punti di Assistenza Sanitaria Estiva Turistica programmato da codesta A.S.L. LECCE per l'anno 2025.

Luogo e Data

Firma

(Allegato 5)

Riservato ai Medici titolari di duplice rapporto convenzionale.

OGGETTO:ISTANZA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO PUBBLICO PER CONFERIMENTO INCARICHI
CONVENZIONALI DI ASSISTENZA SANITARIA ESTIVA TURISTICA – ANNO 2025.

Il _____ sottoscritt _____ Dottor _____
nat _____ il _____ a _____ (_____)
residente a _____ Cap _____ Via _____ N° _____
Tel.Cell. _____ Cod. Fisc. _____
Cod. EMPAM _____ mail _____
Data di laurea _____ voto di laurea _____ pec _____

MEDICO TITOLARE DI DUPLICE RAPPORTO:

Medico di Assistenza Primaria e presso il Comune di _____ dal
_____ con numero di scelte non superiori a 300;

Medico Titolare di Incarico di Continuità Assistenziale sede di _____ dal

CHIEDE

di partecipare alla graduatoria per conferimento di incarico convenzionale presso i Punti di Assistenza
Sanitaria Estiva Turistica programmato da codesta A.S.L. LECCE per l'anno 2025.

Luogo e Data

Firma