ASL Lecce
PugliaSalute
AREA GESTIONE DEL PERSONALE
GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO
Viale Don Minzoni, 8 - 73100 Lecce
tel. 0832.215316
e-mail: mmg.pls.convenzioni@asl.lecce.it
pec: personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it

asl_LE.ASL_LECCE.REGISTRO UFFICIALE.U.0103340.13-06-2025

13 GIU. 2025

Pubblicazione sito web aziendale
Scadenza 18.06.2025 ore 23:00

Ai Medici Pediatri inseriti in Graduatoria Aziendale 2025
Ai Medici iscritti al Corso di Specializzazione in Pediatria

Direttore DSS Maglie

Ordine dei Medici e Chirurghi Odontoiatri Provincia Lecce
segreteria.le@pec.omceo.it

p.c. Direttore Sanitario Aziendale

Loro Sedi

**OGGETTO:** AVVISO PUBBLICO per Incarico Provvisorio di Medicina Pediatrica di Libera Scelta presso il Comune di Corigliano D'Otranto - DSS Maglie.

E' indetto Avviso Pubblico per il conferimento di n. 1 Incarico Provvisorio di Pediatria di Libera Scelta presso:
- Comune di Corigliano D'Otranto - DSS Maglie.

L'incarico è conferito ai sensi dell'art. 35 ACN Pediatra LS vigente che al co. 1 stabilisce: *"In attesa del conferimento di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta ai sensi dell'art. 31, l'Azienda può conferire un incarico provvisorio utilizzando la Graduatoria Aziendale di disponibilità di cui all'art. 19 co. 7, con priorità per i i pediatri residenti nell'ambito territoriale carente, nell'Azienda, successivamente nella Regione ed infine fuori Regione".*
Le SS.LL. sono invitate a comunicare entro **cinque giorni** dalla pubblicazione del presente Avviso disponibilità a ricoprire l'incarico provvisorio di Medicina Pediatrica di Libera Scelta presso il Comune di Corigliano D'Otranto - DSS Maglie allegando copia di documento di riconoscimento in corso di validità, esclusivamente al seguente indirizzo: *personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it.*

Ai sensi dell'art. 31 co. 10 ACN Pediatria LS vigente, L'Azienda può consentire l'utilizzazione di un ambulatorio eventualmente disponibile.
L'incarico provvisorio decorre dal 31.07.2025.
Si rammenta che sono incompatibili con lo svolgimento delle attività convenzionali i Medici Pediatri di Libera Scelta di cui all'art. 20 A.C.N. PLS vigente.

In allegato alla presente si trasmette:
Modulo di Autocertificazione Informativa ALLEGATO L;
Modulo di Informazioni per prossima apertura studio medico.

Il Dirigente Ufficio
Dott. Salvatore Maschio

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE * AREA GESTIONE DEL PERSONALE

Il Direttore Area
Dott.ssa Luigia Sonia Cioffi

ALLEGATO L

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____ residente
in _____ Via/Piazza _____ n.__ iscritto all'Albo dei
_____ della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 4,
legge 4 gennaio 1968, n. 15 dichiara formalmente di:

1. Essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
   Soggetto _____ ore settimanali _____
   Via _____ Comune di _____
   Tipo di rapporto di lavoro _____
   Periodo: dal _____

2. Essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

3. Essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte.
   Periodo dal _____

4. Essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2)
   Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
   Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5. Essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni(2)
   Provincia _____ branca _____
   Periodo: dal _____

6. Avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, Decreto legislativo n. 502/92:
   Azienda _____ Via _____
   Tipo di attività _____
   Periodo: dal _____

7. Essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra Regione (2):
   Regione _____ Azienda _____ ore sett. ____ in forma attiva/in forma di disponibilità (1)

8. Essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale, di cui al D.L.vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al D.L.vo n. 257/91 e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99 :
   Denominazione del corso _____
   Soggetto pubblico che lo svolge _____
   Inizio: dal _____

9. Operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8 quinquies del D. L.vo 502/92 e succ. modificazioni: (2)
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

10. Operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L.833/78: (2)
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____ Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

11. Svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/94:
Azienda _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

12. Svolgere/non svolgere (1) per conto dell' INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte. (2)
Azienda _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

13. Avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)
_____
Periodo: dal _____

14. Essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare / non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:
_____
_____

15. Fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
Periodo: dal _____

16. Svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)
_____
_____
Periodo: dal _____

17. Essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)
Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____
Tipo di attività _____
Periodo: dal _____

18. Operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4,5,6,7):
Soggetto pubblico _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____ Tipo di rapporto di lavoro: _____
Periodo: dal _____

19. Essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di : (2)
_____
_____
Periodo: dal _____

20. Fruire/non fruire (1) del trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)
Soggetto erogante il trattamento pensionistico _____
Pensionato dal _____

Note: _____
_____
_____
_____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.
In fede.

Data _____ Firma _____

*Note esplicative:*
*(1) cancellare la parte che non interessa.*
*(2) completare con le notizie richieste. Qualora lo spazio non fosse sufficiente, utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".*

AREA GESTIONE DEL PERSONALE
U.O.S. GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO
mmg.pls.convenzioni@asl.lecce.it
personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it

**Oggetto: Informazioni per prossima apertura studio medico.**

Con la presente, il/la sottoscritto/a dott./ssa _____ comunica i seguenti dati riguardanti l'apertura del proprio studio medico nel D.S.S. _____ ambito territoriale _____:

- Luogo e data di nascita: _____
- C.F.: _____
- Residenza: _____
- Domicilio (se diverso dalla residenza): _____
- codice Regionale (se già in possesso) : _____
- codice ENPAM: _____
- Partita IVA: _____
- e-mail: _____ @ _____
- P.E.C.: _____ @ _____
- data laurea: _____ - voto: ____/110
- Banca: _____

codice IBAN:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

- indirizzo ambulatorio: _____
- telefono studio: _____ cell. _____
- orari studio:

| | mattina | pomeriggio | libero/misto/ x appuntamento |
|---|---|---|---|
| LUNEDI' | _____ | _____ | _____ |
| MARTEDI' | _____ | _____ | _____ |
| MERCOLEDI' | _____ | _____ | _____ |
| GIOVEDI' | _____ | _____ | _____ |
| VENERDI' | _____ | _____ | _____ |

- data presumibile apertura studio: _____
- dichiara inoltre di non trovarsi in situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 20 A.C.N. PLS vigente.

Cordiali saluti.

Lecce, lì _____

Firma

_____