as1_LE.ASL_LECCE.REGISTRO
UFFICIALE.U.0135472.16-07-2025

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@ausl.le.it
PEC: personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it

PUBBLICATO IN DATA 16/07/2025
SCADE IN DATA 26/07/2025
ORE 23.55

Distretti Socio Sanitari Asl Lecce
Ordine dei Medici provincia di Lecce
O.O.S.S.
FIMG-SNAMI-SMI

Loro Sedi

AVVISO PUBBLICO

E' indetto Avviso Pubblico per la predisposizione di graduatorie aziendali per conferimento incarichi provvisori nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria presso le sedi carenti di Continuità Assistenziale sotto indicate:

- Sede di Lizzanello n. 2 carenze
- Sede di Monteroni di Lecce n. 2 carenze
- Sede di San Donato n. 2 carenze
- Sede di Porto Cesareo n. 2 carenze
- Sede di Surbo n. 2 carenze
- Sede di Carmiano n. 2 carenze
- Sede di Squinzano n. 2 carenze
- Sede di Bagnolo del Salento n. 2 carenze
- Sede di Matino n. 2 carenze
- Sede di Castrignano del Capo n. 2 carenze
- Sede di Corsano n. 2 carenze
- Sede di Gagliano del Capo n. 2 carenze
- Sede di Salve n. 2 carenze

Il presente Avviso è rivolto a:
Medici incaricati ai sensi dell'art. 34 ACN vigente:

1. Medici inseriti nella graduatoria unica regionale definitiva di Settore valida per l'anno 2025 pubblicata sul BURP *supl* n. 96 del 28/11/2024;
2. Medici in possesso dell'attestato del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale;
3. Medici iscritti al Corso di Formazione specifica in Medicina Generale;
4. Medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994 (medici neo-abilitati);
5. Medici iscritti a Scuole di Specializzazione.

I medici interessati dovranno comunicare la propria disponibilità entro e non oltre 10 gg. dalla data di pubblicazione sul sito aziendale del presente Avviso tramite utilizzo della posta elettronica certificata al seguente indirizzo: personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it

Nella domanda di partecipazione all'Avviso, che dovrà formularsi come da schema allegato 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, data di conseguimento dell'attestato di Formazione specifica in Medicina Generale, iscrizione al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, iscrizione a Scuola di Specializzazione.

L'eventuale incarico è regolamentato sotto il profilo normativo, assicurativo ed economico dal vigente ACN Medicina Generale.

Ai fini fiscali il medico sostituto ha l'obbligo di aprire partita IVA senza emettere fattura elettronica, stante l'appartenenza al regime speciale Iva concesso con decreto ministeriale del 1974 (il cedolino emesso dall'Amministrazione sostituisce sostanzialmente la fattura).

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.

Il Dirigente Ufficio
(Dr. Salvatore Maschio)

ASL LECCE AREA GESTIONE PERSONALE PERSONALE CONVENZIONATO

IL DIRETTORE GENERALE
(Avv. Stefano Rossi)

MODELLO DI DOMANDA

Avviso Pubblico per

- la predisposizione di graduatorie aziendali per conferimento incarichi provvisori e di sostituzione nell'ambito di Assistenza Primaria ad attività oraria ASL Lecce;

Il/La sottoscritto/a Dottor_____

- Medico con incarico temporaneo nella sede di Continuità Assistenziale di _____
- medico con incarico provvisorio nella sede di Continuità Assistenziale di _____
- medico iscritto nella graduatoria regionale MMG 2025 con punteggio _____
- medici in possesso dell'attestato del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale
- medico iscritto a Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale
- medico neo abilitato
- medico iscritto a Scuola di Specializzazione

DICHIARA

la propria disponibilità all'accettazione di incarico c/o la sede di continuità assistenziale di

_____

A tal fine dichiara:

a) di essere nato il_____ a _____(_____)

b) di essere residente a _____ _____Cap _____

Via_____ N°____

c) Tel. _____ Cell. _____ Cod. Fisc._____

d)mail_____, pec_____

e) di essersi laureato in data_____con voto_____

Luogo e Data _____

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento

Firma non autenticata leggibile