ASL Lecce
PugliaSalute
AREA GESTIONE DEL PERSONALE
GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO
Viale Don Minzoni, 8 - 73100 Lecce
e-mail: mmg.pls.convenzioni@asl.Gagliano del Capo.it
pec: personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it
tel. 0832.226155

as1_LE.ASL_LECCE.REGISTRO UFFICIALE.U.0178222.03-10-2025

Medici inseriti in graduatoria aziendale 2025

Medici titolari Continuità Assistenziale
D.S.S. Gallipoli

Medici iscritti al Corso di Formazione in Medicina Generale

Direttore D.S.S. Gallipoli

Responsabile Cure Primarie Medicina Generale ASL Lecce

p.c. Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di Lecce

LORO SEDI

**Oggetto:** Avviso pubblico incarico a tempo determinato di Assistenza Primaria. Ambito Territoriale Taviano, (DSS Gallipoli).

L'art. 37 co. 1 e co. 4 dell' A.C.N. della Medicina Generale 2024 stabilisce che "*Qualora in un ambito territoriale permanga una carenza di assistenza dovuta a mancanza di medici in grado di acquisire tutte le scelte o le ore disponibili, in attesa del conferimento di incarichi del ruolo unico di assistenza primaria ai sensi dell'articolo 33, l'Azienda può conferire incarichi a tempo determinato per l'attività a ciclo di scelta e/o per l'attività oraria utilizzando la graduatoria di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6, con priorità per i medici residenti nell'ambito carente, nell'Azienda, nella Regione ed infine fuori Regione. L'incarico a tempo determinato ha durata fino a dodici mesi, cessa alla data di scadenza o di inserimento del medico titolare.... L'azienda è tenuta a concedere in uso l'eventuale struttura ambulatoriale in suo possesso nell'ambito territoriale dell'incarico.*"

A seguito di cessazione di incarico convenzionale a tempo determinato di Assistenza Primaria a ciclo di scelta nell'ambito territoriale di Taviano (DSS Gallipoli), è indetto Avviso Pubblico per il conferimento di suddetto incarico.

Al fine di garantire la copertura della carenza di assistenza primaria a ciclo di scelta che si determina con la conclusione dell'incarico convenzionale, con la presente le S.L. sono invitate a comunicare entro il giorno **06.10.2025,** la propria disponibilità al conferimento di incarico a tempo determinato di Assistenza Primaria nell'ambito territoriale di Taviano, esclusivamente al seguente indirizzo PEC: personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it

L'incarico a tempo determinato di Assistenza Primaria a ciclo di scelta è disponibile a decorrere dal **13.10.2025.**

Si allega al presente Avviso:
- Modulo di accettazione incarico a tempo determinato di Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta;
- Modulo di Autocertificazione Informativa ALLEGATO L;
- Modulo di Informazioni per prossima apertura studio medico.

Il Dirigente Ufficio
Dott. Salvatore Maschio

Il Direttore Area Personale
Dott.ssa Sonia L. Cioffi

A.S.L. LECCE
Area
Gestione Personale
Personale
Convenzionato

Spett.le ASL LECCE
GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO
VIALE DON MINZONI, 8
73100 LECCE
personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it

**Oggetto**: Accettazione incarico a tempo determinato Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta.

Il/La Sottoscritto/a Dr./ssa _____ nato/a a _____

il_____ C.F. _____ residente a _____

CAP_____in via _____n. _____ tel. _____

e-mail _____ pec_____

in riferimento alla procedura in atto per l'assegnazione di incarico convenzionale a tempo determinato di Medico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta presso l'ambito territoriale di Taviano – DSS Gallipoli, con la presente dichiara di:

☐ ACCETTARE l' incarico.

Dichiara inoltre di:

☐ trovarsi in situazioni di incompatibilità di cui all'art. 21 ACN MMG 04.04.2024;

☐ non trovarsi in situazioni di incompatibilità di cui all'art. 21 ACN MMG 04.04.2024;

In applicazione dell'art. 21, co. 4, ACN MMG vigente, dichiara altresì di risolvere eventuali incompatibilità all'atto di assegnazione e comunque cessare le stesse prima del conferimento dell'incarico convenzionale, dandone apposita comunicazione ad ASL LE secondo quanto previsto dal D.P.R. 445/2000.

Lecce, _____

In fede

Dr./Dr.ssa _____

**ALLEGATO L**

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**
**MEDICINA GENERALE**

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 M.G.(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: _____
- dichiaro inoltre di non avere altri incarichi incompatibili con l'incarico di Medicina Generale alla data di apertura studio suindicata.

Cordiali saluti.

Lecce, _____ firma

_____