

**ASL Lecce****PugliaSalute**

as1_LE.ASL_LECCE.REGISTRO
UFFICIALE. I. 0231353.05-12-2025

GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO
Via Pasquale De Lorentiis, 29 - 73024 Maglie (LE)
tel. 0836 420782 - 0832 215330
e-mail: convenzionisud@asl.lecce.it
PEC: personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it

PUBBLICAZIONE TURNI VACANTI SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA
DICEMBRE 2025

Ai sensi dell'art. 21 comma 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 04/04/2024 per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità, a seguito della seduta del Comitato Zonale per la Specialistica Ambulatoriale Interna del 28/11/2025.

BRANCA	n. Ore Settimanali	Sede
PSICHIATRIA	n. 1 incarico da 38 ore n. 1 incarico da 38 ore n. 1 incarico da 20 ore tempo indeterminato	Casa Circondariale di Lecce U.O.S.V.D. Psichiatria Penitenziaria e Forense
PSICHIATRIA	n. 18 ore tempo indeterminato	Casa Circondariale di Lecce Ser.D.
PSICOLOGIA	n. 8 ore tempo indeterminato	Casa Circondariale di Lecce U.O.S.V.D. Psichiatria Penitenziaria e Forense
PNEUMOLOGIA	n. 18 ore tempo indeterminato	Casa Circondariale di Lecce
MEDICINA INTERNA	n. 24 ore tempo indeterminato	Casa Circondariale di Lecce
OSTETRICIA E GINECOLOGIA *	n. 28 ore tempo indeterminato	Sede PTA Nardò
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	n. 12 ore tempo indeterminato	Sede Consultorio Familiare DSS Galatina
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	n. 18 ore tempo indeterminato	n. 10 ore sett.li Sede Consultorio Familiare DSS Maglie n. 8 ore sett.li Sede PTA Maglie
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	n. 19 ore tempo indeterminato	Sede Consultorio Familiare DSS Poggiardo
REUMATOLOGIA	n. 12 ore tempo indeterminato	Sede DSS Gallipoli
GERIATRIA	n. 12 ore tempo indeterminato	Sede DSS Lecce
OCULISTICA **	n. 18 ore tempo indeterminato	Sede PTA Nardò
OCULISTICA **	n. 20/38 ore tempo indeterminato	Sede PTA Maglie



ASL Lecce

PugliaSalute

GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO

Via Pasquale De Lorentiis, 29 – 73024 Maglie (LE)

tel. 0836 420782 - 0832 215330

e-mail: convenzionisud@asl.lecce.it

PEC: personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it

OCULISTICA	n. 18 tempo indeterminato	Sede DSS Martano
ANESTESIA E RIANIMAZIONE ***	n. 30 tempo indeterminato	sede PTA NARDO'
RADIOLOGIA	n. 32 ore tempo indeterminato	Sede DSS Gallipoli
CARDIOLOGIA	n. 10 ore tempo indeterminato	Sede DSS Galatina
CARDIOLOGIA	n. 10 ore tempo indeterminato	Sede DSS Campi Salentina
CARDIOLOGIA	n. 12 ore tempo indeterminato	Sede DSS Gagliano del Capo
CARDIOLOGIA	n. 12 ore tempo indeterminato	Sede DSS Casarano

* da assegnare prioritariamente a specialista con comprovata esperienza in interventi di Colposcopia o in alternativa a specialista disponibile a formarsi in esami di Colposcopia.

** Il Professionista unitamente alla domanda di partecipazione dovrà autocertificare la comprovata esperienza chirurgica in interventi del segmento anteriore (FACO + IOL) - casistica operatoria.

*** Attività per day service chirurgico e mezzi di contrasto.

Le domande degli Specialisti Ambulatoriali aspiranti ai turni disponibili, dovranno essere trasmesse entro il **15 dicembre 2025** a mezzo posta elettronica certificata (PEC) al seguente indirizzo: personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it.

IL DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE

Dott.ssa Maria Nacci

MARIA NACCI

05.12.2025

13:44:08 UTC

IL DIRETTORE GENERALE

Avv. Stefano Rossi

STEFANO ROSSI

2025.12.05 14:53:44

CN=STEFANO ROSSI

C=IT

2.5.4.4=ROSSI

2.5.4.42=STEFANO

SEDE LEGALE E DIREZIONE GENERALE

via Miglietta, 5 - 73100 LECCE C.F. e P.IVA 04008300750

<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce>



**REGIONE
PUGLIA**

Al Sig. Presidente
del COMITATO ZONALE MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI
presso ASL. LECCE – Viale Don Minzoni, 8
LECCE

Il sottoscritto dott.
nato a (prov. di) il residente in
(prov. di) via n° C.A.P.
tel.

Di essere in possesso di diploma di laurea in medicina e chirurgia odontoiatria, laurea in
conseguita presso l'Università di
in data con voto

Di essere abilita all'esercizio della professione di nella
sessione presso l'Università di

Di essere in possesso della seguente specializzazione:
in conseguita il presso l'Università
di con voto

In riferimento alla lettera n. del chiede che gli sia assegnato l'incarico per i turni di
seguito riportati nell'ordine di preferenza e per il numero di ore settimanali a fianco di ciascuno indicati:

1)	4)
2)	5)
3)	6)

Al tal fine il sottoscritto, consapevole che la segnalazione di notizie non veritiere comporta – ai sensi del vigente

Accordo per i Medici speciali ambulatoriali la revoca dell'incarico, DICHIARA, assumendone la responsabilità, di:

- essere/non essere già titolare di incarico ambulatoriale nella branca di presso
..... per n. ore settimanali anzianità di servizio dal;
- avere/non avere rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato (denominazione)
..... con/senza divieto di libero esercizio professionale con
la qualifica di
- essere/non essere titolare di convenzionamento esterno nella branca di
con la A.S.L.;
- essere/non essere iscritto nella lista di medici generici di libera scelta;
- essere/non essere iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta;
- esercitare/non esercitare la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfetariamente presso enti e
struttura sanitaria pubblica o privata (denominazione)
non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche Accordo
per i Medici speciali ambulatoriali;
- operare/non operare a qualsiasi titolo nelle case di cura convenzionate con la A.S.L. (denominazione)
- svolgere/non svolgere attività fiscali per conto della A.S.L.;
- svolgere le seguenti altre attività:
- essere/non essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore di
poliambulatorio, direttore o responsabile di laboratorio per analisi cliniche, di gabinetti di terapia fisica, di radiologia,
di medicina nucleare e di radioterapia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale;
- essere disponibile, in caso di incarico, a rinunciare alle seguenti attività incompatibili o comportanti limitazioni di
orario fra quelle sopra citate

.....
(data)

.....
(firma per esteso)

