

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

Direttore DSS Gagliano del Capo

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

pc.

Direttore Sanitario Aziendale

Loro Sedi

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO per Incarico Provvisorio di Medicina Pediatrica di Libera Scelta presso A.F.T. Gagliano del Capo Comune di Ugento (DSS Gagliano del Capo).

E' indetto Avviso Pubblico per il conferimento di n. 1 Incarico Provvisorio di Pediatria di Libera Scelta presso:
- Comune di Ugento (DSS Gagliano del Capo) A.F.T. Gagliano del Capo.

L'incarico è conferito ai sensi dell'art. 35 A.C.N. Pediatria 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 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 A.F.T. Gagliano del Capo Comune di Ugento (DSS Gagliano del Capo) 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 A.C.N. Pediatria LS vigente, L'Azienda può consentire l'utilizzazione di un ambulatorio eventualmente disponibile.

L'Apertura dell'incarico provvisorio è consentita a decorrere dal **29.01.2026**.

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 Marchio

Il Direttore Area
Dott.ssa L. 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:[illegible]

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

	mattina	pomeriggio	libero/misto/ x appuntamento
LUNEDI'	_____	_____	_____
MARTEDI'	_____	_____	_____
MERCOLEDI'	_____	_____	_____
GIOVEDI'	_____	_____	_____
VENEDI'	_____	_____	_____
- 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, li _____

Firma

