ASL Lecce
PugliaSalute

as1_LE.ASL_LECCE.REGISTRO UFFICIALE.I.0196833.09-09-2026

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
SETTEMBRE 2026

Ai sensi dell'art. 21 comma 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 05/02/2026 per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità, si procede alla pubblicazione:

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.
PNEUMOLOGIA	n. 18 ore tempo indeterminato	Casa Circondariale di Lecce
MEDICINA LEGALE	n. 38 ore tempo indeterminato	Casa Circondariale di Lecce
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	n. 12 ore tempo indeterminato	Casa Circondariale di Lecce
NEUROLOGIA	n. 38 ore tempo indeterminato	Casa Circondariale di Lecce

Le domande degli Specialisti Ambulatoriali aspiranti ai turni disponibili, dovranno essere trasmesse entro il **15 settembre 2026** a mezzo posta elettronica certificata (PEC) al seguente indirizzo: personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it.

Il Dirigente U.O.S.
Dr. Salvatore Maschio

IL DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE
Dott.ssa Maria Nacci

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Gianluca Capochiani

Azienda Sanitaria Locale Lecce – DIREZIONE GENERALE

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) .....
2) .....
3) .....
4) .....
5) .....
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;
- esercitale/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)

ALLEGATO B

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto....., nato a.....
(prov.....)il.....M__F__Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzo .....n.....Cap.....
telefono.....
PEC.....e-mail.....

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

DICHIARA

1. di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

2. di essere/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

3. di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

4. di essere/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

5. di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;

6. di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;

7. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

8. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

9. di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale, che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi *(in caso*

*affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività*_____*);*

10. di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

11. di fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

12. di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. *(in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività*_____*);*

13. di essere /non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8-quinquies, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

14. di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

15. di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;

16. di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (*in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata* _____);

17. di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei_____di_____.
*In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo):*_____
_____;

18. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

19. di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale *(in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta*_____ *e la misura dell'indennità percepita*_____*).*

NOTE (3)

.....

.....

.....

.....

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data.....Firma per esteso .....

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).
Firma apposta alla presenza di _____
con identificazione del dichiarante mediante_____

Il funzionario

_____

(1) cancellare la parte che non interessa
(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità
(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni al comitato di cui all'art. 18 dell'ACN, relative alle modificazioni intervenute nello stato professionale.