



ASL Lecce

PugliaSalute

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

asl LE.ASL LECCE.REGISTRO  
UFFICIALE . I . 0161424.08-09-2025

**PUBBLICAZIONE TURNI VACANTI SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA  
SETTEMBRE 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 della seduta del Comitato Zonale per la Specialistica Ambulatoriale Interna del 05/09/2025.

BRANCA	n. Ore Settimanali	Sede
PSICHIATRIA	n. 1 incarico da 38 ore n. 1 incarico da 38 ore n. 1 incarico da 38 ore tempo indeterminato	Casa Circondariale di Lecce U.O.S.V.D. Psichiatria Penitenziaria e Forense
PNEUMOLOGIA	18 tempo indeterminato	Casa Circondariale di Lecce
ANESTESIA E RIANIMAZIONE *	30 tempo indeterminato	sede DSS NARDO'
CHIRURGIA GENERALE	26 tempo indeterminato	n. 6 ore sett.li sede DSS CASARANO n. 14 ore sett.li sede DSS GALLIPOLI n. 6 ore sett.li sede DSS NARDO'
DERMATOLOGIA	18 tempo indeterminato	n. 12 ore sett.li sede DSS POGGIARDO n. 6 ore sett.li sede DSS GAGLIANO DEL CAPO
DIABETOLOGIA	12 tempo indeterminato	sede DSS MAGLIE
NEUROLOGIA	38 tempo indeterminato	n. 14 ore sett.li sede DSS CASARANO n. 12 ore sett.li sede DSS CAMPI SALENTINA n. 12 ore sett.li sede DSS GALATINA
ODONTOIATRIA	32 tempo indeterminato	sede DSS GAGLIANO DEL CAPO
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	50 tempo indeterminato	n. 38 sede DSS CASARANO n. 12 ore sett.li DSS CAMPI SALENTINA
PSICOLOGIA **	48 tempo determinato	Dipartimento Dipendenze Patologiche
VETERINARIA	18 tempo indeterminato	Servizio Veterinario Area C Sud sede Ufficio periferico di Gagliano del Capo

SEDE LEGALE E DIREZIONE GENERALE  
via Miglietta, 5 - 73100 LECCE C.F. e P.IVA 04008300750  
<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce>





ASL Lecce

PugliaSalute

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

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

\*\* Incarico a n. 2 psicologi per n. 24 ore sett.li ciascuno. Il Professionista unitamente alla domanda di partecipazione dovrà autocertificare la comprovata esperienza nel campo delle dipendenze, in particolare nel trattamento del disturbo del Gioco d'Azzardo.

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

IL DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE

Dott.ssa Maria Nacci

IL DIRETTORE GENERALE  
Avv. Stefano Rossi

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) .....  
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)

