



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
PEC: 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.

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)

