



- All' Ordine dei Medici della Provincia di Taranto
Via Crispi, 107 – Taranto
- All' Ordine dei Medici veterinari della Provincia di
Taranto
- All' Ordine degli Psicologi della Regione Puglia
Via F.lli Sorrentino – Bari
- Alla Segreteria Provinciale SUMAI
- Alla Segreteria Provinciale UIL – FPL

PUBBLICAZIONE TURNI – GIUGNO 2024

In osservanza al disposto di cui all'art. 20 dell'A.C.N. 2024, si pubblicano di seguito i turni vacanti di specialistica ambulatoriale presso l'ASL TA, da assegnarsi ai sensi dell'art. 21 dell'A.C.N. 2024 (**a tempo indeterminato**). Le ore pubblicate, ad eccezione di quelle destinate alla medicina penitenziaria, rientrano nel monte ore storico aziendale per la medicina specialistica ambulatoriale interna assegnato a quest'ASL con la D.G.R. 384/2014 e s.m.i.

- Branca di **Pneumologia**: n. **18** ore settimanali presso il PTA di Massafra; n. **24** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 7 (Poliambulatorio di Manduria);
- Branca di **Geriatría**: n. **12** ore settimanali presso il Distretto S.S. n. 6 (Poliambulatorio di Grottaglie, di cui n. **6** ore destinate all'ambulatorio demenze e n. **6** ore destinate all'ambulatorio NAD);
- Branca di **Geriatría**: ore **A.P.P.** - n. **17.5** ore settimanali presso il Distretto S. S. Unico di Taranto (di cui n. **7,5** ore presso il Poliambulatorio di Via Mediterraneo e n. **10** ore presso il Poliambulatorio di Via Ancona). L'incarico verrà attribuito, ai sensi dell'art. 54 dell'A.C.N. vigente, agli iscritti nella graduatoria di Geriatría, anno 2024, che non abbiano altri incarichi ai sensi dell' Accordo Collettivo Nazionale. L'assegnazione avverrà secondo l'ordine di graduatoria;
- Branca di **Allergologia** : n. **6** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 1 (di cui n. **3** ore presso il Poliambulatorio di Laterza e n. **3** ore presso il Poliambulatorio di Ginosa Marina);
- Branca di **Urologia**: n. **5** ore settimanali presso il Distretto S. S. Unico di Taranto (Poliambulatorio della Casa Circondariale "C. Magli"); n. **6** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 2 (Poliambulatorio di Statte); n. **12** ore presso il PTA di Massafra;
- Branca di **Oncologia**: n. **38** ore settimanali presso il P.O."Valle d'Itria" di Martina Franca;



- **Branca di Cardiologia:** n. **10** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 1 (di cui n. **5** ore presso il Poliambulatorio di Palagianello e n. **5** ore presso il Poliambulatorio di Castellaneta); n. **6** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 5 (Poliambulatorio di Martina Franca); **10** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 6 (Poliambulatorio di Pulsano); n. **10** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 7 (Poliambulatorio di Manduria); n. **6** ore settimanali presso il Distretto S. S. Unico di Taranto (Poliambulatorio della Casa Circondariale “C. Magli”);
- **Branca di Neurologia:** n. **6** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 1 (di cui n. **4** ore presso il Poliambulatorio di Castellaneta e n. **2** ore presso il Poliambulatorio di Palagianello); n. **22** ore settimanali presso il Distretto S. S. Unico di Taranto (di cui n. **8** ore presso il Poliambulatorio di Via Mediterraneo, n. **8** ore presso il Poliambulatorio di Via Ancona e n. **6** ore presso Poliambulatorio della Casa Circondariale “C. Magli”); n. **15** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 2 (di cui n. **10** ore presso il Poliambulatorio di Massafra e n. **5** ore presso il Poliambulatorio di Statte); n. **19** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 5 (Poliambulatorio di Martina Franca);
- **Branca di Neurologia:** n. **20** ore settimanali presso il CAT minori del D.S.M., da assegnarsi tra gli idonei, previa valutazione di possesso di particolari capacità professionali da parte della Commissione Tecnica Aziendale, ex art. 21, co. 4, dell'A.C.N. vigente, a specialista con *“documentata esperienza nell'ambito dell'autismo e del neurosviluppo, attestata da struttura pubblica o privata e controfirmata dal Direttore dell'Unità operativa di appartenenza”*(richiesta di pubblicazione accolta dal Gruppo tecnico, come da nota Prot. n.0084645 del 16/02/2024);
- **Branca di Ostetricia e Ginecologia:** n. **22** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 7 (Poliambulatorio di Manduria);
- **Branca di Oculistica:** n. **10** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 1(Poliambulatorio di Laterza); n. **38** ore settimanali presso il Distretto S. S. Unico di Taranto (di cui n. **32** ore presso il Poliambulatorio di Via Ancona e n. **6** ore presso il Poliambulatorio della Casa Circondariale “C. Magli”);
- **Branca di Fisiatria:** n. **10** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 5 (Poliambulatorio di Martina Franca); n. **8** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 6 (Poliambulatorio di San Marzano di San Giuseppe); n. **13** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 7 (Poliambulatorio di Manduria);
- **Branca di Reumatologia:** n. **12** ore settimanali presso il Distretto S. S. Unico di Taranto (Poliambulatorio di Via Ancona)
- **Branca di Dermatologia:** n. **9** ore settimanali presso il PTA di Massafra;
- **Branca di Chirurgia Generale:** n. **10** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 2 (Poliambulatorio di Massafra);



ASL Taranto

PugliaSalute

U.O. CONCORSI, ASSUNZIONI, GEST. RUOLI E
GEST. AMM.VA PERS. CONVENZIONATO E P.A.C.
Dirigente: Dott. ssa Paola Fischetti
Viale Virgilio 31- 74121 Taranto
tel. 099 7786150
e-mail: paola.fischetti@asl.taranto.it
UFFICIO Medicina specialistica ambulatoriale interna
tel. 099 7786166-7786030
p.e.c.: perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

- Branca di **Psichiatria**: n. **12** ore settimanali presso i SerD (sedi Massafra/Manduria) del Dipartimento Dipendenze Patologiche;
- Branca di **Psichiatria**: n. **20** ore settimanali presso il CAT minori del D.S.M., da assegnarsi tra gli idonei, previa valutazione di possesso di particolari capacità professionali da parte della Commissione Tecnica Aziendale, ex art. 21, co. 4, dell'A.C.N. vigente, a specialista con *“documentata esperienza nell'ambito dell'autismo e del neurosviluppo, attestata da struttura pubblica o privata e controfirmata dal Direttore dell'Unità operativa di appartenenza”* (richiesta di pubblicazione accolta dal Gruppo tecnico, come da nota Prot. n.0084645 del 16/02/2024);
- Branca di **Farmacologia e Tossicologia**: n. **12** ore settimanali presso i SerD (sedi Massafra/Manduria) del Dipartimento Dipendenze Patologiche;
- Branca di **Igiene e Medicina Preventiva**: n. **12** ore settimanali presso i SerD (sedi Massafra/Manduria) del Dipartimento Dipendenze Patologiche;
- Branca di **Psicoterapia**: n. **36** ore settimanali presso i SerD del Dipartimento Dipendenze Patologiche;
- Branca di **Psicoterapia** : n. **15** ore settimanali presso il SerD Intramurario del Dipartimento Dipendenze Patologiche;
- Branca di **Psicoterapia**: n. **23** ore settimanali, per attività BREAST, presso il D.S.M. - Servizio di Psicologia Clinica.

Le domande di partecipazione, corredate da fotocopia di un documento di identità, dovranno essere fatte pervenire esclusivamente a mezzo PEC al seguente indirizzo: perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it, entro e non oltre il 15/06/2024.

Il Dirigente Amministrativo
U.O. Personale Convenzionato
(Dott.ssa Paola Fischetti)

IL DIRETTORE SANITARIO

(Dr. Sante Minerba)

IL DIRETTORE GENERALE

(Dr. Vito Gregorio Colacicco)

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' TURNI VACANTI SPECIALISTICA AMBULATORIALE A
TEMPO INDETERMINATO**

RACCOMANDATA A.R. o PEC

COMITATO CONSULTIVO ZONALE ASL TARANTO
Viale Virgilio, 31
74121 Taranto (TA)

PEC: perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

Il sottoscritto

- | | |
|----------------------|---------------|
| - MEDICO SPECIALISTA | - VETERINARIO |
| - BIOLOGO | - PSICOLOGO |
| | - CHIMICO |

Dott. nato/a a
(prov. di) il Codice fiscale:.....
N° Codice ENPAM (o di altro Ente Prev.le: indicare quale):
laureato/a in: il , iscritto/a all'Albo/Ordine
dei/degli (indicare quale): di: del , in
possesto di specializzazione nella branca specialistica/scuola univ. di spec.ne in:
..... conseguita presso l'Università
di:.....il:
indirizzo residenza..... città..... cap..... prov...
telefono..... cellulare..... mal.....
eventuale indirizzo diverso dalla residenza presso il quale si vuole ricevere ogni
comunicazione:.....

presenta domanda di:

**Conferimento incarico ai sensi dell' art. 19 dell'A.C.N. del 17.12.2015 e successive integrazioni e
modificazioni, per la:**

- Branca medica di:**
- Altra attività prof.le sanitaria di:**

Ed in particolare fa domanda di: (barrare con una X l'opzione interessata nel rispetto della propria posizione come previsto dall'art. 19 A.C.N. del 17.12.2015 e successive integrazioni e modificazioni, riportato per informativa a pagina 4 del presente modulo)

- aumento orario nello stesso ambito zonale (compresi INAIL e SASN)- art. 19 comma 2 lett. a;
- aumento orario da diverso ambito zonale (compresi INAIL e SASN) - art. 19 comma 2 lett. b;
- trasferimento da diverso ambito zonale (compresi INAIL e SASN)- art. 19 comma 2 lett. c;
- riunificazione ore in unica branca (solo per titolari in più branche) - art. 19 comma 2 lett. d;
- passaggio in altra branca della quale è in possesso di specializzazione - art. 19 comma 2 lett. e;
- titolare a tempo indeterminato che svolga altra attività compatibile - art. 19 comma 2 lett. f;

medici, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art.17 - art. 19 comma 2 lett. h;

trasformazione rapporto di lavoro (MMG,PLS e Dipendenti SSN) - art. 19 comma 2 lett.i;

Per il conferimento dei turni di seguito indicati secondo l'ordine di preferenza sotto specificato:

1)DISTRETTO/SEDE.....branca.....presidio:.....
orario:.....
totale ore sett.li:

2)DISTRETTO/SEDE.....branca.....presidio:.....
orario:.....
totale ore sett.li:

3)DISTRETTO/SEDE.....branca.....presidio:.....
orario:.....
totale ore sett.li:

4)DISTRETTO/SEDE.....branca.....presidio:.....
orario:.....
totale ore sett.li:

ATTENZIONE

Qualora lo spazio di cui sopra risultasse insufficiente l'interessato potrà riportare le scelte successive nel rispetto dell'ordine consequenziale di preferenza, su un foglio debitamente firmato e datato, allegato alla presente - NON SPEDIRE SEPARATAMENTE ALTRI MODULI DI DOMANDA.

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara: (Barrare con una X la parte in interesse):

- di essere titolare di incarico ambulatoriale a tempo indeterminato, dal:

- di essere titolare di altro incarico a tempo indeterminato previsto dai criteri di prelazione di cui

all'art. 19 (specificare la data di decorrenza incarico:

per cui indica di seguito le modalità dell'incarico in atto svolto ai sensi della prelazione prevista dall'art. 19 dell'ACN vigente:

Provincia	A.S.L./ENTI	Presidio	N° ore sett.li	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato

- di non essere titolare o incaricato di altro rapporto di lavoro, a qualsiasi titolo, con strutture pubbliche o strutture private accreditate;

Indirizzo, email, recapiti telefonici dell'Ente (obbligatorio):.....

.....
.....
.....

EVENTUALI ULTERIORI SPECIFICAZIONI IN MERITO ALLA PRESENTE DOMANDA:.....

.....
.....
.....
.....

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT./SSA CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI
PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, AFFERMA CHE QUANTO SOPRA AFFERMATO
CORRISPONDE AL VERO.**

DATA:

FIRMA(PER ESTESO):