



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 7786192-030-781

p.e.c.: perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

All'Ordine dei Medici della Provincia di Taranto

All'Ordine dei Medici veterinari della Provincia di
Taranto

All'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia

Alla Segreteria Provinciale SUMAI

Alla Segreteria Provinciale UIL – FPL

AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO
REGISTRO UFFICIALE
0162398 - 05/09/2024 - USCITA
Classifiche: 09
Allegati : 0

PUBBLICAZIONE TURNI **SETTEMBRE 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	ORE SETTIMANALI	SEDE	DISTRETTO/ STRUTTURA
DERMATOLOGIA	3	POLIAMBULATORIO DI MASSAFRA	2
ENDOCRINOLOGIA	12	POLIAMBULATORIO DI PULSANO	6
	6	POLIAMBULATORIO DI SAN MARZANO DI S. GIUSEPPE	6
CURE PALLIATIVE (previa valutazione del possesso di specifiche capacità professionali ed in particolare della certificazione dell'esperienza lavorativa nell'ambito delle cure palliative, da parte della Commissione Tecnica Aziendale, ex art. 21, co. 4, dell'A.C.N.)	72	HOSPICE DI MOTTOLA	2



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 7786192-030-781

p.e.c.: perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

BRANCA	ORE SETTIMANALI	SEDE	DISTRETTO/ STRUTTURA
NEUROLOGIA	20	POLIAMBULATORIO GROTTAGLIE	6
OCULISTICA	20	POLIAMBULATORIO VIA ANCONA	UNICO
	18	POLIAMBULATORIO VIA MEDITERRANEO	UNICO
ODONTOIATRIA	3	POLIAMBULATORIO VIA ANCONA	UNICO
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	9	POLIAMBULATORIO MARTINA FRANCA	5
REUMATOLOGIA	76	MEDICINA GENERALE	P.O.C. S.S. ANNUNZIATA

BRANCA	ORE SETTIMANALI	SEDE	DISTRETTO/ STRUTTURA
MEDICINA VETERINARIA -IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE- SIAV C	20	SIAV – C MANDURIA	DIPARTIMENTO PREVENZIONE
	18	SIAV – C MOTTOLA	DIPARTIMENTO PREVENZIONE

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 15/09/2024.

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
ASL TARANTO**

**AL COMITATO CONSULTIVO ZONALE ASL TARANTO
Viale Virgilio, 31 - 74121 Taranto (TA)
PEC: perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it**

Il/La sottoscritto/a

MEDICO SPECIALISTA

VETERINARIO

PSICOLOGO

BIOLOGO

CHIMICO

Dott./ssa _____ nato/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 _____ dal _____ in possesso di specializzazione nella branca di

specialistica/scuola universitaria di specializzazione in: _____

conseguita presso l'Università di _____ il _____

indirizzo residenza _____ città _____

cap _____ prov _____ telefono _____ cellulare _____

indirizzo p.e.c. _____ presso il quale ricevere ogni comunicazione

presenta domanda di:

Conferimento incarico ai sensi dell'art. 21 dell'A.C.N. del 04.04.2024, 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. 21 A.C.N. del 04.04.2024)

- aumento orario nello stesso ambito zonale (compresi INAIL e SASN) - art. 21 commi 2 e 6 lett. a;
- aumento orario da diverso ambito zonale (compresi INAIL e SASN) - art. 21 commi 2 e 6 lett. b;
- trasferimento da diverso ambito zonale (compresi INAIL e SASN) - art. 21 commi 2 e 6 lett. c;
- riunificazione ore in unica branca (solo per titolari in più branche) - art. 21 commi 2 e 6 lett. d;
- passaggio in altra branca della quale è in possesso di specializzazione - art. 21 commi 2 e 6 lett. e;
- titolare a tempo Indeterminato che svolga altra attività compatibile - art. 21 commi 2 e 6 lett. f;
- titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa - art. 21 commi 2 e 6 lett. g;
- medici, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 19 - art. 21 commi 2 e 6 lett. h;
- specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 19 - art. 21 commi 2 e 6 lett. i;
- medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro - art. 21 commi 2 e 6 lett. j

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. 21
(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. 21 dell'ACN vigente:

Provincia	A.S.L./ENTI	Presidio	N° ore settiman.	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 DICHIARATO CORRISPONDE AL VERO.

DATA _____

FIRMA (PER ESTESO) _____