



ASL Taranto

Puglia Salute

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

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 – MARZO 2023

In osservanza al disposto di cui all'art. 20, comma 3, dell'A.C.N. 2020 e s. m. i., si pubblicano di seguito i turni vacanti di medicina specialistica ambulatoriale presso l'ASL TA, da assegnarsi ai sensi dell'art. 21 dell'A.C.N. 2020 e s. m. i. (a tempo indeterminato). Le ore pubblicate, 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. 7 ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 5 (Poliambulatorio di Martina Franca);
- **Branca di Radiologia:** n. 38 ore settimanali presso il P.O "M. Giannuzzi" di Manduria;
- **Branca di Chirurgia Vascolare:** n. 24 ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 7 (Poliambulatorio di Manduria); n. 6 ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 6 (di cui n. 3 ore presso il Poliambulatorio di Grottaglie e n. 3 ore presso il Poliambulatorio di Pulsano); n. 22 ore settimanali presso il Distretto S. S. Unico di Taranto (di cui n. 10 ore presso il Poliambulatorio di Via Ancona, n. 8 ore presso il Poliambulatorio di Via Mediterraneo e n. 4 ore presso il Poliambulatorio della Casa Circondariale "C. Magli"); n. 6 ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 5 (Poliambulatorio di Martina Franca);
- **Branca di Ematologia:** n. 12 ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 7 (Poliambulatorio di Manduria);
- **Branca di Medicina Interna:** n. 4 ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 1 (Poliambulatorio di Ginosa); n. 38 ore settimanali presso il Distretto S. S. Unico di Taranto (Poliambulatorio della Casa Circondariale "C. Magli");

- **Branca di Allergologia:** n. **13** ore settimanali presso il Distretto S. S. Unico di Taranto (di cui n. **10** ore presso il Poliambulatorio di Via Ancona e n. **3** ore presso il Poliambulatorio della Casa Circondariale "C. Magli"); n. **10** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 2 (Poliambulatorio di Massafra); n. **5** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 5 (Poliambulatorio di Martina Franca);
- **Branca di Urologia:** n. **12** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 5 (Poliambulatorio di Martina Franca); n. **12** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 1 (Poliambulatorio di Ginosa); n. **18** ore settimanali presso il Distretto S. S. Unico di Taranto (di cui n. **13** ore presso il Poliambulatorio di Via Ancona, delle quali n. **5** ore destinate alle attività relative alla disforia di genere e n. **5** ore presso il Poliambulatorio della Casa Circondariale "C. Magli");
- **Branca di Fisiatria:** n. **25** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 2 (di cui n. **20** ore presso il Poliambulatorio di Massafra e n. **5** ore presso il Poliambulatorio di Statte); n. **4** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 5 (Poliambulatorio di Martina Franca);
- **Branca di Geriatria:** n. **12** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 1 (Poliambulatorio di Ginosa); n. **8** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 5 (di cui n. **4** ore presso il Poliambulatorio di Martina Franca e n. **4** ore presso il Poliambulatorio di Crispiano)
- **Branca di Sanità Animale:** n. **38** ore settimanali presso il Dipartimento di Prevenzione SIAV A – sede di Castellaneta; n. **35** ore settimanali presso il Dipartimento di Prevenzione SIAV A – sede di Martina Franca);
- **Branca di Psicoterapia:** n. **28** ore settimanali presso il D.S.M. - (da espletarsi presso la Casa Circondariale "C. Magli" di Taranto).

Le domande di partecipazione dovranno essere fatte pervenire esclusivamente a mezzo PEC al seguente indirizzo: perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it, entro e non oltre il 15/03/2023.

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

IL DIRETTORE SANITARIO

(Dr. Sahte 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: dal: , in

possesso di specializzazione nella branca specialistica/scuola univ. di spec.ne in:

conseguita presso l'Università

di: il:

indirizzo residenza: città: cap: prov:

telefono: cellulare: fax:

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):