

- 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 – SETTEMBRE 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, 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. 20 ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 5 (Poliambulatorio di Martina Franca); n. 6 ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 2 (Poliambulatorio di Massafra);
- Branca di **Radiologia**: n. 38 ore settimanali presso il P.O. "M. Giannuzzi" di Manduria;
- Branca di **Chirurgia Vascolare**: n. 38 ore settimanali presso il Distretto S. S. Unico di Taranto (di cui n. 15 ore presso il Poliambulatorio di Via Ancona, n. 17 ore presso il Poliambulatorio di Via Mediterraneo e n. 6 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 **Endocrinologia**: n. 18 ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 2 (Poliambulatorio di Statte); n. 18 ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 7 (Poliambulatorio di Manduria);
- Branca di **Urologia**: n. 12 ore settimanali presso il P.O. "Valle d'Itria" di Martina Franca; n. 12 ore settimanali presso il P.O. "San Pio" di Castellaneta; n. 5 ore settimanali presso il Distretto S. S. Unico di Taranto (Poliambulatorio della Casa Circondariale "C. Magli");



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](mailto:paola.fischetti@asl.taranto.it)

UFFICIO Medicina specialistica ambulatoriale interna

tel. 099 7786166-7786030

p.e.c.: [perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it](mailto:perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it)

- Branca di **Geriatrica**: n. **12** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 1 (Poliambulatorio di Ginosa);
- Branca di **Cardiologia**: n. **38** ore settimanali presso il Distretto S. S. Unico di Taranto (di cui n. **10** ore settimanali presso il Poliambulatorio di Via Basta, n. **24** ore presso il Poliambulatorio di Via Mediterraneo; n. **4** ore presso il Poliambulatorio della Casa Circondariale “C. Magli”); n. **10** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 1 (Poliambulatorio di Ginosa); n. **5** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 5 (Poliambulatorio di Martina Franca);
- Branca di **Odontoiatria**: n. **14** ore settimanali presso il Distretto S. S. Unico di Taranto (Poliambulatorio della Casa Circondariale “C. Magli”);
- Branca di **Neurologia**: n. **5** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 6 (PDTA Parkinson); n. **20** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 5 (Poliambulatorio di Martina Franca); n. **10** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 1 (Poliambulatorio di Ginosa);
- Branca di **Ostetricia e Ginecologia**: n. **20** ore settimanali presso il P.O. “San Pio di Castellaneta”; n. **13** ore settimanali presso il Distretto S. S. n. 7 (Poliambulatorio di Manduria); n. **38** ore settimanali presso il Distretto S. S. Unico di Unico di Taranto (di cui **10** ore presso il Consultorio Tramontone; n. **18** ore presso il Consultorio Salinella; n. **7** ore presso il Consultorio di Via Cagliari; n. **3** ore presso il Poliambulatorio della Casa Circondariale “C. Magli”);
- Medicina Veterinaria - Branca di **Sanita' Animale**: n. **3** ore settimanali presso il Dipartimento di Prevenzione SIAV A – sede di Castellaneta.

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](mailto:perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it), entro e non oltre il 15/09/2023.

*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](mailto: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  
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..... tel.....  
eventuale indirizzo diverso dalla residenza presso il ..... quale si vuole ricevere ogni  
.....

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): .....