

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P.Iva: 01397530682

Prot. n. 0088681/25

Pescara, 12/09/2025

AVVISO DI PUBBLICAZIONE TURNI SETTIMANALI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA, AI SENSI DELL'ARTICOLO 21 DEL VIGENTE ACN DEL 04.04.2024, PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO NELLA BRANCA DI ODONTOIATRIA CON SPECIFICHE COMPETENZE IN "CURA DEL PAZIENTE FRAGILE ADULTO E PEDIATRICO NON COLLABORANTE, DA SOTTOPORRE A TERAPIE ODONTOIATRICHE IN SALA OPERATORIA. GESTIONE PRE OPERATORIA, INTRA OPERATORIA E POST OPERATORIA." A TEMPO INDETERMINATO – 3° TRIMESTRE 2025.

Ai sensi dell'articolo 21 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali, Medici Veterinari ed altre Professionalità Sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi) Ambulatoriali, si rendono noti i turni di specialistica ambulatoriale interna disponibili presso l'ASL Pescara nel 3° trimestre 2025, di seguito indicati:

BRANCA	ORE E SEDI DI INCARICO	DURATA
ODONTOIATRIA <i>con specifiche competenze in "Cura del paziente fragile adulto e pediatrico non collaborante, da sottoporre a terapie odontoiatriche in sala operatoria. Gestione pre operatoria, intra operatoria e post operatoria".</i>	<i>8 ore settimanali presso la U.O.S. di Odontoiatria Territoriale.</i>	<i>INDETERMINATO</i>

I medici specialisti aspiranti ai turni disponibili sono tenuti ad inoltrare, a decorrere dalla data di pubblicazione e **fino al 28/09/2025**, apposita istanza di partecipazione a mezzo Posta Elettronica Certificata (PEC) al seguente indirizzo: protocollo.aslpe@pec.it. Nel campo oggetto del messaggio PEC dovrà essere riportata la seguente dicitura: "Pubblicazione ore di specialistica ambulatoriale interna – 3° trimestre 2025 – Branca di _____".

Non verranno prese in considerazione istanze di partecipazione pervenute in modi diversi da quello indicato e dopo la scadenza del termine utile per la presentazione dell'istanza medesima, ovvero il 28/09/2025.

Si precisa che:

- l'istanza di partecipazione, redatta secondo il modello allegato alla presente, deve essere firmata dal candidato, con firma autografa oppure con firma digitale, e munita di marca da bollo da € 16,00. Alla dichiarazione sottoscritta con firma autografa dovrà essere allegata copia non autenticata del proprio documento d'identità in corso di validità. In alternativa, è possibile inviare il modulo con firma digitale senza allegare il documento di identità;
- il candidato che voglia partecipare a più di un turno per la stessa branca/area professionale deve presentare una sola domanda, in cui siano specificati tutti i turni ai quali è interessato;
- la validità dell'invio dell'istanza di partecipazione tramite PEC, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo, da parte del candidato, di propria casella di posta elettronica certificata. Non sarà, pertanto, ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica certificata non propria e/o da casella di posta elettronica ordinaria, anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica certificata sopra indicato;
- l'istanza di partecipazione trasmessa a mezzo posta elettronica certificata dovrà essere inviata unitamente alla documentazione alla stessa allegata in un unico file formato pdf;
- la validità della trasmissione e ricezione dell'istanza e della documentazione ad essa allegata è attestata, rispettivamente, dalle ricevute di accettazione e di avvenuta consegna;
- l'ASL Pescara non assume responsabilità in caso di impossibilità di apertura dei files.

Per i turni pubblicati ai sensi dell'art. 21, comma 4, del vigente ACN – che richiedono il possesso di particolari capacità professionali e che saranno valutate da apposita Commissione tecnica aziendale, gli specialisti interessati dovranno allegare all'istanza di partecipazione il proprio curriculum vitae in formato europeo,

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P.Iva: 01397530682

datato e firmato, redatto in forma di dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii, nonché apposita dichiarazione in merito al possesso delle specifiche competenze richieste, redatta secondo il modello allegato.

È prevista l'esclusione dalla procedura di conferimento degli incarichi in oggetto nelle seguenti ipotesi:

- mancata sottoscrizione, con firma autografa o digitale, dell'istanza di partecipazione da parte del candidato;
- omesso invio, in allegato all'istanza di partecipazione sottoscritta con firma autografa, di copia non autenticata del documento di d'identità in corso di validità del candidato medesimo;
- mancata apposizione, sull'istanza di partecipazione, della marca da bollo da € 16;
- presentazione dell'istanza di partecipazione dopo il termine di scadenza previsto;
- invio dell'istanza di partecipazione da casella di posta elettronica certificata non propria e/o da casella di posta elettronica ordinaria.

Si avverte che l'ASL Pescara si riserva la facoltà, in regime di autotutela, di modificare, sospendere o revocare il presente avviso, o parte di esso, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse. Si allega al presente avviso la seguente documentazione:

1. istanza di partecipazione;
2. dichiarazione in merito al possesso di specifiche competenze *(da compilare solo per i turni per i quali è richiesto il possesso di particolari capacità professionali)*.

IL DIRETTORE SANITARIO
ASL PESCARA

Dott. Rossano Di Luzio.

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P.Iva: 01397530682

Applicare marca da bollo
da € 16,00

Spett.le ASL di Pescara
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara (PE)
PEC: protocollo.aslpe@pec.it

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE – 3° TRIMESTRE 2025

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ (prov. _____) il _____
Codice Fiscale _____ residente
a _____ (prov. _____) in Via _____
n. _____ Cap. _____
telefono _____ PEC (indirizzo PEC intestato al candidato
obbligatorio ai sensi della Legge n. 2 del 28/01/2009) _____
e-mail _____, presa visione della pubblicazione dei turni vacanti
di specialistica ambulatoriale interna relativi al 3° trimestre 2025,

CHIEDE

di partecipare all'assegnazione del/i seguente/i turno/i indivisibile/i di specialistica ambulatoriale pubblicato/i
nel 3° trimestre 2025 nella branca di _____:

- n. _____ ore settimanali a tempo indeterminato da svolgere presso _____;
- n. _____ ore settimanali a tempo indeterminato da svolgere presso _____;
- n. _____ ore settimanali a tempo indeterminato da svolgere presso _____;
- n. _____ ore settimanali a tempo indeterminato da svolgere presso _____;
- n. _____ ore settimanali a tempo indeterminato da svolgere presso _____;
- n. _____ ore settimanali a tempo indeterminato da svolgere presso _____.

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. n. 445/2000),

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

- di essere (barrare la casella di interesse):
 - ☐ cittadino italiano
 - ☐ cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare: _____);

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P.Iva: 01397530682

- ☐ di possedere il diploma di laurea in _____ (Medicina e chirurgia, Odontoiatria e protesi dentaria, Medicina veterinaria, Psicologia, Scienze biologiche, Chimica), ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente, conseguito presso l'Università di _____ in data _____;
- di essere abilitato all'esercizio della professione di _____ (medico chirurgo – odontoiatria – medico veterinario – biologo – chimico – psicologo) nella sessione _____ presso l'Università di _____;
- di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli _____ (medici chirurghi – odontoiatri – veterinari – biologi – chimici – psicologi) presso l'Ordine provinciale/regionale di _____ al n. _____ dal _____;
- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:
- _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____;
 - _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____;
 - _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____;
- di partecipare all'assegnazione degli incarichi vacanti in oggetto (*barrare la casella di interesse*):
- ☐ **ai sensi dell'art. 21, comma 6, lett. a)**, in qualità di (*barrare la casella di interesse*):
- ☐ titolare di incarico a tempo indeterminato che svolge, in via esclusiva, nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico, attività ambulatoriale nella specialità o area professionale regolamentata dal presente Accordo (*),
 - ☐ titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale nella specialità o area professionale regolamentata dal presente Accordo (*),
 - ☐ medico generico ambulatoriale, di cui alla norma finale n. 5 del presente Accordo, in servizio alla data di entrata in vigore del presente Accordo, che fa richiesta all'Azienda di ottenere un incarico medico specialistico nella branca di cui è in possesso del titolo di specializzazione, per un numero di ore non superiore a quello dell'incarico di cui è titolare (*),
- *(specificare, per la fattispecie sopra selezionata, numero di ore, decorrenza dell'incarico, Azienda/Istituto e anzianità di incarico)*
- per n. ore _____ dal _____ presso _____
per n. ore _____ dal _____ presso _____
per n. ore _____ dal _____ presso _____
con anzianità di incarico dal _____ presso _____;
- ☐ **ai sensi dell'art. 21, comma 6, lettera b)**, in qualità di titolare di incarico a tempo indeterminato in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante o presso le sedi provinciali di INAIL e SASN della Regione o di altra Regione confinante,
- per n. ore _____ dal _____ presso _____
per n. ore _____ dal _____ presso _____
per n. ore _____ dal _____ presso _____
con anzianità di incarico dal _____ presso _____;
- ☐ **ai sensi dell'art. 21, comma 6, lettera c)**, in qualità di titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante o presso le sedi provinciali di INAIL e SASN di Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità, per n. ore _____ dal _____ presso _____

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P.Iva: 01397530682

per n. ore _____ dal _____ presso _____
per n. ore _____ dal _____ presso _____
con anzianità di incarico dal _____ presso _____;

- ☐ **ai sensi dell'art. 21, comma 6, lettera d),** in qualità di specialista titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo, il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico di seguito specificate:

n. ore _____ dal _____ branca di _____
presso _____
n. ore _____ dal _____ branca di _____
presso _____
con anzianità di incarico dal _____ presso _____;

- ☐ **ai sensi dell'art. 21, comma 6, lettera e),** in qualità di specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione. *Specificare gli incarichi di cui è titolare:*

Branca _____
Azienda _____
dal _____ per n. ore _____, con anzianità di incarico dal _____ presso _____;

- ☐ **ai sensi dell'art. 21, comma 6, lettera f),** in qualità titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 28, comma 1, con anzianità di incarico dal _____ presso _____;

- ☐ **ai sensi dell'art. 21, comma 6, lettera g),** in qualità di titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa per n. ore _____ dal _____, con anzianità di incarico dal _____ presso _____;

- ☐ **ai sensi dell'art. 21, comma 6, lettera h),** in qualità di specialista, veterinario o professionista iscritto nelle graduatorie di cui all'art. 19 del presente Accordo in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi in oggetto, inserito nella graduatoria vigente definitiva valevole per l'anno _____ nella branca di _____ alla posizione n. _____;

- ☐ **ai sensi dell'art. 21, comma 6, lettera i),** in qualità di specialista, veterinario o professionista in possesso dei requisiti di cui art. 19 del vigente ACN;

- ☐ **ai sensi dell'art. 21, comma 6, lettera j),** in qualità di (*barrare la casella di interesse*):

- ☐ medico di medicina generale dal _____ presso _____,
☐ medico specialista pediatra di libera scelta dal _____ presso _____,
☐ medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale dal _____ presso _____,

e di essere disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro;

DICHIARA, altresì

- di essere disponibile a rimuovere eventuali incompatibilità rilevate.

A tal fine, allega:

- ☐ copia non autenticata del proprio documento d'identità in corso di validità (*da allegare in caso di dichiarazione sottoscritta con firma autografa*);

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P.Iva: 01397530682

- ☐ copia del proprio curriculum vitae in formato europeo, redatto nella forma di dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 *(da allegare solo per i turni per i quali è richiesto il possesso di particolari capacità professionali)*;
- ☐ dichiarazione sul possesso di particolari capacità professionali *(da allegare solo per i turni per i quali è richiesto il possesso di particolari capacità professionali)*.



Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito asl.pe.it/dati-personali e mediante il

QR Code qui accanto raffigurato

Li _____

In fede

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P.Iva: 01397530682

DICHIARAZIONE IN MERITO AL POSSESSO DELLE PARTICOLARI CAPACITA' PROFESSIONALI RICHIESTE PER IL TURNO PUBBLICATO NEL 3° TRIMESTRE 2025 NELLA BRANCA DI BRANCA DI ODONTOIATRIA CON SPECIFICHE COMPETENZE IN "CURA DEL PAZIENTE FRAGILE ADULTO E PEDIATRICO NON COLLABORANTE, DA SOTTOPORRE A TERAPIE ODONTOIATRICHE IN SALA OPERATORIA. GESTIONE PRE OPERATORIA, INTRA OPERATORIA E POST OPERATORIA." A TEMPO INDETERMINATO.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov. _____)
il _____ Codice Fiscale _____ residente a
_____ (prov. _____) in Via
_____ n. _____ Cap. _____
telefono _____ PEC (indirizzo PEC intestato al candidato
obbligatorio ai sensi della Legge n. 2 del 28/01/2009) _____
e-mail _____, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o

di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. n. 445/2000),

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

- di avere partecipato ai seguenti **master, corsi di aggiornamento, corsi di formazione, convegni, congressi**, ecc. (relativamente alle particolari capacità professionali richieste nell'incarico in oggetto):

- _____ dal
presso _____ al _____;
- _____ dal
presso _____ al _____;
- _____ dal
presso _____ al _____;
- _____ dal
presso _____ al _____;

- ☐ di aver svolto/svolgere la seguente **attività professionale** (indicare le attività specifiche svolte, sedi di effettuazione, riferimenti dei Responsabili di servizio, descrizione del contesto di svolgimento, la durata ed eventuale casistica clinica di pertinenza professionale, relativa alle particolari capacità professionali richieste nell'incarico oggetto di pubblicazione):

- presso _____
tipologia del rapporto _____
qualifica di _____
dal _____ al _____, nella specialità/area professionale di _____,
svolgendo le seguenti attività:

_____;

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P.Iva: 01397530682

- presso _____
tipologia del rapporto _____
qualifica di _____
dal _____ al _____, nella specialità/area professionale di _____, svolgendo le seguenti attività:

_____;

- presso _____
tipologia del rapporto _____
qualifica di _____
dal _____ al _____, nella specialità/area professionale di _____, svolgendo le seguenti attività:

_____;

- presso _____
tipologia del rapporto _____
qualifica di _____
dal _____ al _____, nella specialità/area professionale di _____, svolgendo le seguenti attività:

_____;

- ☐ **di essere autore/coautore delle seguenti pubblicazioni** (ove attinenti alle particolari capacità professionali richieste nell'incarico in oggetto):

- ☐ **altre informazioni** (ove attinenti alle particolari capacità professionali richieste nell'incarico in oggetto):

Lì _____

In fede
