

# AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

Prot. n. 0058849/25

Pescara, 13 GIU. 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 INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO – 2° 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 2° trimestre 2025, di seguito indicati:

BRANCA	ORE E SEDI DI INCARICO	DURATA
CARDIOLOGIA	<i>38 ore settimanali: - n. 6 ore presso la sede erogativa di Scafa; - n. 6 ore presso il Cers Area Vestina; - n. 6 ore presso il Cers di Cepagatti; - n. 9 ore presso il Cers di Città Sant'Angelo; - n. 11 ore presso il Cers di Pescara Sud.</i>	INDETERMINATO
OCULISTICA	<i>12 ore settimanali presso le sede erogativa di Scafa.</i>	INDETERMINATO
GERIATRIA (per attività UVM)	<i>18 ore settimanali presso l'Area Distrettuale Metropolitana (Montesilvano-Cepagatti-Spoltole-Città Sant'Angelo-Pianella).</i>	INDETERMINATO

I medici specialisti aspiranti ai turni disponibili sono tenuti ad inoltrare, a decorrere dalla data di pubblicazione e **fino al 28/06/2025**, apposita istanza di partecipazione a mezzo Posta Elettronica Certificata (PEC) al seguente indirizzo: [protocollo.aslpe@pec.it](mailto:protocollo.aslpe@pec.it). Nel campo oggetto del messaggio PEC dovrà essere riportata la seguente dicitura: "Pubblicazione ore di specialistica ambulatoriale interna – 2° 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 28/06/2025.

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;

# AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

- 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, 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 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 – 2° 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 2° trimestre 2025,

### CHIEDE

di partecipare all'assegnazione del/i seguente/i turno/i indivisibile/i di specialistica ambulatoriale pubblicato/i  
nel 2° 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

# AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

- cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare: \_\_\_\_\_);
- 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,

# 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 \_\_\_\_\_  
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:

# AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

- copia non autenticata del proprio documento d'identità in corso di validità (*da allegare in caso di dichiarazione sottoscritta con firma autografa*);
- 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](mailto:protocollogenerale@asl.pe.it). Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a [dpo@asl.pe.it](mailto: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](http://asl.pe.it/dati-personali) e mediante il

QR Code qui accanto raffigurato

Lì \_\_\_\_\_

In fede  
\_\_\_\_\_