

# AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

Prot. n. 0027875/25

Pescara, 14/03/2025

**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 DI CHIRURGIA VASCOLARE (OVVERO IN CARENZA DI CANDIDATURE, DI CHIRURGIA GENERALE-MEDICINA INTERNA-GERIATRIA-ANGIOLOGIA-CON SPECIFICHE COMPETENZE) A TEMPO INDETERMINATO – 1° 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 1° trimestre 2025, di seguito indicati:

BRANCA	ORE E SEDI DI INCARICO	DURATA
<p><b>CHIRURGIA VASCOLARE</b></p> <p>in subordine, ossia in mancanza di candidature nella suddetta branca, saranno ammesse candidature nelle seguenti branche:</p> <p>CHIRURGIA GENERALE, MEDICINA INTERNA, GERIATRIA, ANGIOLOGIA <i>purché siano comprovate le specifiche competenze in "ecocolorDoppler arti inferiori e superiori, arteriosi e venosi e tronchi sovra-aortici" con esperienza acquisita nell'esecuzione e refertazione di almeno n. 1500 esami svolti presso strutture sanitarie pubbliche e/o private accreditate, nel periodo decorrente dal gennaio 2020 alla data di presentazione dell'istanza.</i></p>	<p>16 ore settimanali:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- n. 7 ore presso la sede erogativa di Scafa;</li><li>- n. 4 ore presso il Cers di Pescara Nord;</li><li>- n. 5 ore presso la sede erogativa di Penne.</li></ul>	INDETERMINATO

I medici specialisti aspiranti ai turni disponibili sono tenuti ad inoltrare, a decorrere dalla data di pubblicazione e **fino al 30/03/2025**, 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 – 1° 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 30/03/2025.

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

# AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

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, 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 – 1° 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 1° trimestre 2025,

### CHIEDE

di partecipare all'assegnazione del/i seguente/i turno/i indivisibile/i di specialistica ambulatoriale pubblicato/i nel 1° 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](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  
\_\_\_\_\_



# 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 1° TRIMESTRE 2025 NELLA BRANCA DI **CHIRURGIA VASCOLARE (OVVERO IN CARENZA DI CANDIDATURE, DI CHIRURGIA GENERALE-MEDICINA INTERNA-GERIATRIA-ANGIOLOGIA-CON SPECIFICHE COMPETENZE) 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):

- \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_ dal  
\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_ dal  
\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_ dal  
\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_ dal  
\_\_\_\_\_ 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:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
- presso \_\_\_\_\_  
tipologia del rapporto \_\_\_\_\_

# AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

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):

---

---

---

- di aver svolto, dal 01.01.2020 alla data odierna, le seguenti prestazioni attinenti alla particolari capacità professionali in "ecocolorDoppler arti inferiori e superiori, arteriosi e venosi e tronchi sovra-aortici" (specificare, per ciascun anno, tipologia, volume delle prestazioni, struttura sanitaria pubblica o privata accreditata sede di svolgimento delle prestazioni [in relazione alla struttura specificare ragione sociale completa, indirizzo e tipologia di struttura]):



# AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

ANNO	TIPOLOGIA PRESTAZIONE - STRUTTURA (AZIENDA O ENTE)	NUMERO PRESTAZIONI
2020	EcocolorDoppler arti inferiori e superiori, arteriosi e venosi e tronchi sovra-aortici	
	Struttura:	
	Tipologia prestazione:	nr.
	Struttura:	
	Tipologia prestazione:	nr.
	Struttura:	
	Tipologia prestazione:	nr.
ANNO	TIPOLOGIA PRESTAZIONE - STRUTTURA (AZIENDA O ENTE)	NUMERO PRESTAZIONI
2021	EcocolorDoppler arti inferiori e superiori, arteriosi e venosi e tronchi sovra-aortici	
	Struttura:	
	Tipologia prestazione:	nr.
	Struttura:	
	Tipologia prestazione:	nr.
	Struttura:	
	Tipologia prestazione:	nr.
ANNO	TIPOLOGIA PRESTAZIONE - STRUTTURA (AZIENDA O ENTE)	NUMERO PRESTAZIONI
2022	EcocolorDoppler arti inferiori e superiori, arteriosi e venosi e tronchi sovra-aortici	
	Struttura:	
	Tipologia prestazione:	nr.
	Struttura:	
	Tipologia prestazione:	nr.
	Struttura:	
	Tipologia prestazione:	nr.

# AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

ANNO	TIPOLOGIA PRESTAZIONE – ST\RUTTURA (AZIENDA O ENTE)	NUMERO PRESTAZIONI
2023	EcocolorDoppler arti inferiori e superiori, arteriosi e venosi e tronchi sovra-aortici	
	Struttura:	
	Tipologia prestazione:	nr.
	Struttura:	
	Tipologia prestazione:	nr.
	Struttura:	
	Tipologia prestazione:	nr.
	Tipologia prestazione:	nr.
ANNO	TIPOLOGIA PRESTAZIONE - STRUTTURA (AZIENDA O ENTE)	NUMERO PRESTAZIONI
2024	EcocolorDoppler arti inferiori e superiori, arteriosi e venosi e tronchi sovra-aortici	
	Struttura:	
	Tipologia prestazione:	nr.
	Struttura:	
	Tipologia prestazione:	nr.
	Struttura:	
	Tipologia prestazione:	nr.
	Tipologia prestazione:	nr.
ANNO	TIPOLOGIA PRESTAZIONE - STRUTTURA (AZIENDA O ENTE)	NUMERO PRESTAZIONI
2025	EcocolorDoppler arti inferiori e superiori, arteriosi e venosi e tronchi sovra-aortici	
	Struttura:	
	Tipologia prestazione:	nr.
	Struttura:	
	Tipologia prestazione:	nr.
	Tipologia prestazione:	nr.

Li \_\_\_\_\_

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