

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLA PROCEDURA DI

COMPLETAMENTO ORARIO - ACCENTRAMENTO ORARIO
ACN per la Specialistica ambulatoriale 04.04.2024 – Art. 20 commi 2 e 3

ASL GALLURA

S.C. Medicina Convenzionata ARES Sardegna
medconvenzionata.aslgallura@pec.aresardegna.it

Con riferimento **all'Avviso di Completamento Orario e Accentramento Orario - ASL Gallura, pubblicato in data 14.02.2025** relativo a incarichi di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato da attribuire in completamento orario (ex art. 20, c. 2 ACN 2024) o accentramento orario (ex art. 20, c. 3 ACN 2024).

I sottoscritt_ _____, nat_ il ____/____/____ a _____, residente in
Via/P.zza _____, n°____, Città _____,
tel./cell. _____, PEC _____,
e-mail _____,

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/00 e ss.mm.ii.

di possedere il diploma di laurea della classe corrispondente in _____ (medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia – chimica - psicologia) conseguita presso l'Università di _____ in data ____/____/____ (gg/mm/aaaa);

di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
- in _____ conseguita il ____/____/____ (gg/mm/aa)
presso l'Università di _____
- in _____ conseguita il ____/____/____ (gg/mm/aa)
presso l'Università di _____

Luogo, data_____

Firma _____

DISPONIBILITÀ AL COMPLETAMENTO ORARIO EX ART. 20 C. 2 ACN 2024
di cui all'Avviso in data 14.02.2025

DICHIARA

la disponibilità all'assegnazione dell'incarico a tempo indeterminato, per **COMPLETAMENTO ORARIO**, ai sensi dell'art. 20 c. 2 ACN 2024, indicando il numero delle ore richieste e gli orari di espletamento:

DISTRETTO STRUTTURA	BRANCA	SEDE POLIAMBULATORIO	N. ORE SETTIMANALI	GIORNO	ORARIO
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Dichiara, inoltre
 ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/00 e ss.mm.ii.

Quali Requisiti Specifici di Accesso/Criteri di Priorità alla procedura di completamento orario ai sensi dell'art. 20 c. 2 dell'ACN 2024:

- Di essere Specialista Ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca di _____, presso la ASL Gallura;
- Di essere titolare di incarichi di specialistica ambulatoriale convenzionata presso la ASL Gallura e anche presso altre Aziende, che, ancorché sommati ad altra attività compatibile, non raggiungono il massimale orario consentito di n. 38 ore settimanali pari a n° _____ ore settimanali complessive (non massimalista);
- Che l'anzianità di incarico a tempo indeterminato nella ASL Gallura decorre dal _____ Delibera/Determina n. _____ del _____;
- Di essere iscritto all'Albo dei Medici di _____ e non essere sottoposto a sospensione dall'Albo stesso;
- Di essere stato/a valutato/a dalla apposita Commissione tecnica per la medesima particolare competenza eventualmente richiesta nell'Avviso: (precisare) _____
 Come risulta dalla Delibera n° _____ del _____ della ASL _____;
- Di esercitare gli stessi compiti e funzioni di particolare competenza eventualmente richiesta nell'Avviso: (precisare) _____ come risulta da certificazioni allegate;

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Luogo, data _____

Firma _____

DISPONIBILITA' ALL'ACCENTRAMENTO ORARIO EX ART. 20 C. 3 ACN 2024
di cui all'Avviso in data 14.02.2025

DICHIARA

la disponibilità all'assegnazione dell'incarico a tempo indeterminato, per **ACCENTRAMENTO ORARIO**, ai sensi dell'art. 20 c. 3 ACN 2024, indicando il numero delle ore richieste e gli orari di espletamento:

DISTRETTO STRUTTURA	BRANCA	SEDE POLIAMBULATORIO	N. ORE SETTIMANALI	GIORNO	ORARIO

E CONTESTUALMENTE DICHIARA
di voler rinunciare alle ore eccedenti l'incarico svolte attualmente presso le seguenti Aziende:

ASL	SEDE POLIAMBULATORIO	N. ORE SETTIMANALI	ANZIANITA' DI INCARICO NELL'AZIENDA DI PROVENIENZA
			/ / /
			/ / /
			/ / /

Dichiara, inoltre
ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/00 e ss.mm.ii.

Quali Requisiti Specifici di Accesso/Criteri di Priorità alla procedura di accentramento orario ai sensi dell'art. 20 c. 3 dell'ACN 2024.:

- Di essere titolare di incarichi di specialistica ambulatoriale convenzionata, a tempo indeterminato, nella branca di _____, per complessive n. 38 ore settimanali, suddivise in più Aziende, tra le quali la ASL Gallura presso la quale intende accentrare l'incarico;
- Di avere maturato un'anzianità di incarico di almeno 18 (diciotto) mesi in ciascuna Azienda di provenienza;
- Che l'anzianità di incarico a tempo indeterminato nella ASL Gallura decorre dal _____ Delibera/Determina n. _____ del _____;
- Di essere iscritto all'Albo dei Medici di _____ e non essere sottoposto a sospensione dall'Albo stesso;
- Di essere stato/a valutato/a dalla apposita Commissione tecnica per la medesima particolare competenza eventualmente richiesta nell'Avviso: (precisare) _____ Come risulta dalla Delibera n° _____ del _____ della ASL _____;
- Di esercitare gli stessi compiti e funzioni di particolare competenza eventualmente richiesta nell'Avviso: (precisare) _____ come risulta da certificazioni allegate;

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Luogo, data _____

Firma _____

**MODULO DICHIARATIVO
PARTICOLARI COMPETENZE**

I sottoscritt _____, nat il ____/____/____ a _____, residente in Via/P.zza _____, n° __, Città _____, tel./cell. _____, PEC _____, e-mail _____,

Dichiara

ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 46 e 47 D.P.R. n. 445/00 e ss.mm.ii.

Di esercitare gli stessi compiti e funzioni di particolare competenza richiesta nell'Avviso di Completamento orario (ex art. 20, c. 2 ACN 2024) e Accentramento orario (ex art. 20, c. 3 ACN 2024) pubblicato in data **14.02.2025**: _____ (riportare le particolari competenze richieste)

presso la sede di _____ ASL _____;

presso la sede di _____ ASL _____;

presso la sede di _____ ALTRO _____;

E di allegare n. ___ certificazioni a firma del Responsabile del Poliambulatorio / Distretto / Direzione Sanitaria, attestanti lo svolgimento dei sopracitati compiti e funzioni di particolare competenza richiesta nell'Avviso, di cui si dichiara la conformità all'originale in proprio possesso.

Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 19 e 46 e 47 del DPR 445/2000: Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Allega fotocopia del documento d'identità.

Luogo, data _____ Firma _____