

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 Medio Campidano

S.C. Medicina Convenzionata ARES Sardegna
medconvenzionata.aslmediocampidano@pec.aressardegna.it

Con riferimento all'Avviso di Completamento Orario e Accentramento Orario - ASL Medio Campidano, 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 _____

**DISPONIBILITA' 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 Medio Campidano;
- ☐ Di essere titolare di incarichi di specialistica ambulatoriale convenzionata presso la ASL Medio Campidano 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 Medio Campidano** decorre dal _____ Delibera/Determina n. _____ del _____;
- ☐ Di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi 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 veritiere, 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 Medio Campidano, 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 Medio Campidano** decorre dal _____ Delibera/Determina n. _____ del _____;
- ☐ Di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi 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 veritiere, 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 veritiere, 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 _____