

**AVVISO PROCEDURA DI ASSEGNAZIONE INCARICO
PER ANTICIPO DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE (APP)
ACN per la Specialistica ambulatoriale 04.04.2024 – Art. 54
BRANCA ODONTOIATRIA N. 16 ORE SETT. PRESSO POLIAMBULATORIO DI GUSPINI**

ASL Medio Campidano

MANIFESTAZIONE DI DISPONIBILITA'

Il/La sottoscritt_ (cognome) _____ (nome) _____, nat_ _____
a _____ il _____, C.F.: _____
PEC _____ Email _____ Cellulare: _____,

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445/2000, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., del codice penale e delle leggi speciali in materia

Chiede che gli/le venga assegnato l'incarico in oggetto in quanto in possesso dei requisiti previsti dall'Avviso ai sensi dell'art. 54 dell'ACN 2024

Dichiara

- ☐ Di essere iscritt_ nella graduatoria, nella branca di Odontoiatria, ai sensi dell'art. 19 ACN 2024, per l'annualità 2025, nell'ambito del Comitato Consultivo Zonale di Cagliari alla posizione n. _____;
- ☐ Non essere titolari di altri incarichi di specialistica ambulatoriale ai sensi dell'ACN 2024;
- ☐ Di essere iscritt_ all'Ordine Professionale _____ della Provincia di _____

Si allega:

Copia di un valido documento di identità

Modulo Autocertificazione informativa

Luogo, data _____

Firma _____