

Alla ARES Sardegna  
S.C. Medicina Convenzionata  
PEC: [medconvenzionata.aslmediocampidano@pec.aressardegna.it](mailto:medconvenzionata.aslmediocampidano@pec.aressardegna.it)

**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 DISPONIBILITÀ'**

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 veritieri, 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 \_\_\_\_\_