

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICO PROVVISORIO

ART. 23 ACN 04.04.2024

ASL GALLURA

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

Con riferimento all'Avviso - ASL Gallura, pubblicato in data 20.06.2025, relativo ad incarichi provvisori nelle Branche di Cardiologia, Endocrinologia, Neurologia, Oculistica, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Pneumologia e Reumatologia.

I sottoscritt_ _____, nat_ il ____/____/____ a _____, C.F. _____
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 _____

DICHIARA

la disponibilità all'assegnazione dell'incarico provvisorio, ai sensi dell'art. 23 ACN 2024, indicando il numero delle ore richieste e gli orari di espletamento:

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

DICHIARA ALTRESI'

Quali requisiti specifici di accesso alla procedura di attribuzione dell'incarico provvisorio ex art. 23 ACN 2024, che devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dal presente Avviso:

- Di essere iscritto nella graduatoria, ai sensi dell'art. 19 c. 10 e/o c. 12 ACN 2024, per l'annualità in corso, nell'ambito del Comitato Consultivo Zonale di Sassari, ovvero, essere medico in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 ACN 2024, con specializzazione prevista nell'allegato 2 ACN 2024, nelle branche di Cardiologia, Endocrinologia, Neurologia, Oculistica, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Pneumologia e Reumatologia;
- Di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Specialistica Ambulatoriale ai sensi dell'ACN di settore;
- Di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri.

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 _____