

**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](mailto: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 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 \_\_\_\_\_