

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 ORISTANO

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

Con riferimento all'Avviso di Completamento Orario e Accentramento Orario - ASL Oristano, pubblicato in data **07.11.2025**, 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 07.11.2025****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 Oristano;
- ☐ Di essere titolare di incarichi di specialistica ambulatoriale convenzionata presso la ASL Oristano ed eventualmente 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, maturata **nella ASL Oristano** senza soluzione di continuità, decorre dal _____ Delibera/Determina n. _____ del _____;
- ☐ Di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi/Odontoiatri di _____;
- ☐ 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 07.11.2025**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 Oristano, 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, maturata **nella ASL Oristano** senza soluzione di continuità, decorre dal _____ Delibera/Determina n. _____ del _____;
- ☐ Di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi/Odontoiatri di _____;
- ☐ 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 _____