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

AVVISO PROCEDURA DI ASSEGNAZIONE INCARICO
PER ANTICIPO DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE (APP) del 24.11.2026
ACN per la Specialistica ambulatoriale 05.02.2026 – Art. 54
BRANCA OCULISTICA N. 19 ORE SETT. ambulatoriali - PRESSO POLIAMBULATORIO DI ORISTANO

ASL Oristano

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

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, pubblicato in data 24/11/2026, ai sensi dell'art. 54 dell'ACN 2026

Dichiara

- Di essere iscritt_ nella Graduatoria di Specialistica Ambulatoriale, ai sensi dell'art. 19 ACN 2026, nella branca di Oculistica, per l'annualità 2026, nell'ambito del Comitato Consultivo Zonale di Oristano alla posizione n. _____ e di aver espresso, in sede di compilazione della domanda di inclusione nella graduatoria soprarichiamata, la propria disponibilità ad accedere alla procedura di ricambio generazionale di cui all'art. 54 ACN 2026;
- Di non essere titolare di altri incarichi ai sensi dell'ACN 2026;
- Di essere iscritt_ all'Ordine Professionale _____della Provincia di _____;

Si allega:

Copia di un valido documento di identità;

Modulo Autocertificazione informativa;

Luogo_____

data_____ Firma_____