

**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 Ogliastra**

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

Con riferimento all'Avviso di Completamento Orario e Accentramento Orario - ASL Ogliastra, pubblicato in data **03.04.2025**, 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).

Il 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 03.04.2025**

**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 Ogliastra;
- Di essere titolare di incarichi di specialistica ambulatoriale convenzionata presso la ASL Ogliastra e 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 **nella ASL Ogliastra** decorre dal \_\_\_\_\_ Delibera/Determina n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;
- Di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli 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 03.04.2025**

**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 Ogliastra, 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 **nella ASL Ogliastra** decorre dal \_\_\_\_\_ Delibera/Determina n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;
- Di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli 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 \_\_\_\_\_

MODULO DICHIARATIVO  
PARTICOLARI COMPETENZE

<p><u>  I  </u> sottoscritt _____, nat_ il <u>  /  /  </u> a _____ , residente in Via/P.zza _____, n° _____, Città _____, tel./cell. _____, PEC _____, e-mail _____</p>
---

**Dichiara**

ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 46 e 47 D.P.R. n. 445/00 e ss.mm.ii.

**Di esercitare gli stessi compiti e funzioni di particolare competenza richiesta nell'Avviso di Completamento orario (ex art. 20, c. 2 ACN 2024) e Accentramento orario (ex art. 20, c. 3 ACN 2024) pubblicato in data 03.04.2025:** \_\_\_\_\_ (riportare le particolari competenze richieste)

presso la sede di \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_;

presso la sede di \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_;

presso la sede di \_\_\_\_\_ ALTRO \_\_\_\_\_;

**E di allegare n. \_\_\_\_\_ certificazioni a firma del Responsabile del Poliambulatorio / Distretto / Direzione Sanitaria, attestanti lo svolgimento dei sopracitati compiti e funzioni di particolare competenza richiesta nell'Avviso, di cui si dichiara la conformità all'originale in proprio possesso.**

**Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 19 e 46 e 47 del DPR 445/2000:** 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.

**Allega fotocopia del documento d'identità.**

Luogo, data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_