

Alla ARES Sardegna
S.C. Medicina Convenzionata
PEC: spea.medconvenzionata.aslcagliari@pec.aresardegna.it

**AVVISO PROCEDURA DI ASSEGNAZIONE INCARICO
PER ANTICIPO DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE (APP) del 10.02.2026
ACN per la Specialistica ambulatoriale 04.04.2024 – Art. 54**

BRANCA OCULISTICA N. 17,5 ORE SETT. ambulatoriali - PRESSO POLIAMBULATORIO DI CAGLIARI

ASL Cagliari

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 veritieri, 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 10/02/2026, ai sensi dell'art. 54 dell'ACN 2024

Dichiara

- Di essere iscritt_ nella Graduatoria di Specialistica Ambulatoriale, ai sensi dell'art. 19 ACN 2024, nella branca di Oculistica, per l'annualità 2026, nell'ambito del Comitato Consultivo Zonale di Cagliari 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 2024;
- Di non essere titolare di altri incarichi ai sensi dell'ACN 2024;
- Di essere iscritt_ all'Ordine Professionale _____ della Provincia di _____;

Si allega:

Copia di un valido documento di identità;

Modulo Autocertificazione informativa;

Luogo _____

data _____

Firma _____