

**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 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 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 \_\_\_\_\_