

MODULO DI DOMANDA

Oggetto: ASL Cagliari - disponibilità incarico di sostituzione di Medicina Specialistica Ambulatoriale - art. 36 dell'ACN 04.04.2024 (comunicazione disponibilità entro e non oltre il 02.12.2024 ore 09,00)

Il sottoscritt_ Dott./Dott.ssa _____ nat_ a _____
il _____ residente a _____ CAP _____ in _____
Via _____ n. _____ tel. _____ cell. _____ e-mail _____
PEC _____ recapito postale in _____ CAP _____
via _____ n° _____

DICHIARA

di dare la **disponibilità all'incarico di sostituzione** (art. 36 dell'ACN 04.04.2024), nella **branca di Allergologia**, per **n. 4 ore settimanali, ambulatoriali, anche frazionate**, presso il Poliambulatorio di Senorbì, della ASL Cagliari, con decorrenza **dal 04.12.2024 al 15.01.2025** e in ogni caso fino al rientro del titolare assente, come di seguito riportato:

GIORNI	SEDE	ORARIO SETTIMANALE
Mercoledì	Poliambulatorio di Senorbì	14,00 – 18,00

- ☐ Di prendere atto che l'incarico di sostituzione sarà regolamentato dall'ACN 04/04/2024 e che la sostituzione ha durata pari all'assenza del titolare, cessa di diritto e con effetto immediato al rientro del titolare stesso;
- ☐ Di non essere in posizione di incompatibilità ai sensi dell'ACN 04.04.2024;
- ☐ Di risolvere eventuali cause di incompatibilità all'atto dell'assegnazione dell'incarico;
- ☐ Di essere iscritto/a nella graduatoria definitiva 2024, per la specialistica ambulatoriale, nell'ambito del Comitato Consultivo Zonale di Cagliari (art. 19 c. 10 e/o c. 12 ACN 2024) nella branca di _____;
- ☐ Di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di _____ e di non essere sospeso dall'Albo stesso;
- ☐ Di essere Medico in possesso della specializzazione in _____, di aver conseguito il titolo di specializzazione in data _____ e il titolo di Laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ presso _____;

Data _____

Firma _____