

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 14.11.2025)

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

(barrare le caselle)

di dare la **disponibilità all'incarico di sostituzione** (art. 36 dell'ACN 04.04.2024), nella **branca di Allergologia, per n. 4,5 ore settimanali di attività ambulatoriale, anche frazionate**, da svolgersi presso il Poliambulatorio di Quartu Sant'Elena, della ASL Cagliari, con decorrenza **dal 19.11.2025 al 28.01.2026 e in ogni caso fino al rientro del titolare assente**, come di seguito riportato:

GIORNI	SEDE	ORARIO SETTIMANALE
Mercoledì	Poliambulatorio di Quartu Sant'Elena	14.30 – 19.00

- ☐ Di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di _____;
- ☐ Di essere in possesso del titolo di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data _____ presso _____ e di aver conseguito il titolo di specializzazione in _____ in data _____ presso _____;
- ☐ Di essere iscritto/a nella graduatoria definitiva per la specialistica ambulatoriale, per l'annualità in corso, nell'ambito del Comitato Consultivo Zonale di Cagliari (art. 19 c. 10 e/o c. 12 ACN 2024) nella branca di _____;
- ☐ Di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Specialistica Ambulatoriale ai sensi dell'ACN di settore;
- ☐ 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 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;

Data _____

Firma _____