

**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 12/02/2026)**

Io 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 Cardiologia, per n. 34 ore settimanali, ambulatoriali e domiciliari, anche frazionate**, presso il Poliambulatorio di Senorbì, della ASL Cagliari, con decorrenza **dal 10.02.2026 al 01.03.2026** e in ogni caso fino al rientro del titolare assente, come di seguito riportato:

BRANCA	SEDE	GIORNI	ORARIO MATTINA	ORARIO POMERIGGIO
CARDIOLOGIA	Casa della Salute Senorbì	Lunedì	08.00 – 14.00	–
		Martedì	08.00 – 14.00	–
		Mercoledì	08.00 – 14.00	14.30 – 18.30
		Giovedì	08.00 – 14.00	–
		Venerdì	08.00 – 14.00	–

- ☐ 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 non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di incarichi di specialistica ambulatoriale, ai sensi dell'ACN 2024;
- ☐ 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 essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di \_\_\_\_\_;
- ☐ 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 \_\_\_\_\_