

MODULO DI DOMANDA

Oggetto: ASL Cagliari - disponibilità incarico di sostituzione di Medicina Specialistica Ambulatoriale - art. 36 dell'ACN 05.02.2026 (comunicazione disponibilità entro e non oltre il 06/08/2026)

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 05.02.2026), nella **branca di Medicina Trasfusionale, per n. 38 ore settimanali, anche frazionate**, presso il P. O. di Isili, della ASL Cagliari, con decorrenza **dal 08.08.2026 al 29.08.2026** e in ogni caso fino al rientro del titolare assente, con tipologia di attività, giorni e orari da concordare con la Direzione del Presidio sopracitato;
- ☐ di dare la **disponibilità all'incarico di sostituzione** (art. 36 dell'ACN 05.02.2026), nella **branca di Medicina Trasfusionale, per n. 38 ore settimanali, anche frazionate**, presso il P. O. di Isili, della ASL Cagliari, con decorrenza **dal 22.08.2026 al 13.09.2026** e in ogni caso fino al rientro del titolare assente, con tipologia di attività, giorni e orari da concordare con la Direzione del Presidio sopracitato;
- ☐ Di prendere atto che l'incarico di sostituzione sarà regolamentato dall'ACN 05.02.2026 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 05.02.2026;
- ☐ 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 2026;
- ☐ 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 2026) 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
