Alla ARES SARDEGNA
S.C. Medicina Convenzionata

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 03/11/2026)

_l_ 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 Pneumologia**, **per n. 15 ore settimanali, anche frazionate, di cui n. 9 ore settimanali di attività ambulatoriale e domiciliare** presso il Poliambulatorio di Cagliari e **n. 6 ore settimanali di attività domiciliare** presso il Servizio ADI Area Vasta, della ASL Cagliari, con decorrenza **dal primo giorno utile al 14.06.2027** e in ogni caso fino al rientro del titolare assente, come di seguito riportato:

BRANCA	SEDE	GIORNI	ORARIO MATTINA	ORARIO POMERIGGIO
PNEUMOLOGIA	Poliambulatorio di Cagliari	Lunedì	8.00-13.30	14.00-17.30
	Servizio ADI Area Vasta	Venerdì	8.00-14.00	-

☐ **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

_____