

Al Direttore S.C. Medicina Convenzionata

Oggetto: Disponibilità incarico di sostituzione di Medicina Specialistica Ambulatoriale branca Oculistica - art. 36 dell'ACN 31.03.2020. Avviso del 12/09/2023.

Il sottoscritt_ Dott./Dott.ssa _____ nat_ a _____
il _____ residente a _____ CAP _____ in Via _____ n. ____
cell. _____ e-mail _____
PEC _____

- Iscritt_ nelle graduatorie dei medici specialisti ambulatoriali del CCZ di Sassari per l'anno 2023.
- Titolare a tempo indeterminato di incarico di specialistica ambulatoriale presso la ASL _____ con incarico complessivo di n. ____ ore settimanali, con anzianità di servizio dal _____

DICHIARA

di dare la **disponibilità all'incarico di sostituzione** (art. 36 dell'ACN 31.03.2020) **per n. 6 ore settimanali presso il Poliambulatorio di La Maddalena** della ASL Gallura con decorrenza immediata e fino al rientro del titolare assente, si sensi dall'ACN 2020.

Altresì DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/00 e ss.mm.ii.

di possedere il diploma di laurea della classe corrispondente in _____ (medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia - chimica - psicologia) conseguita presso l'Università di _____ in data ____/____/____ (gg/mm/aaaa);

di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
- in _____ conseguita il ____/____/____ (gg/mm/aa) presso l'Università di _____
- in _____ conseguita il ____/____/____ (gg/mm/aa) presso l'Università di _____

Di prendere atto che l'incarico di sostituzione sarà regolamentato dall'ACN 31.03.2020 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 31.03.2020.

Di risolvere eventuali cause di incompatibilità all'atto dell'assegnazione dell'incarico.

Di essere titolare del seguente incarico di Medicina Specialistica Ambulatoriale:

Data _____

Firma
