

**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**

\_\_\_\_\_