

MODULO DI DOMANDA

Oggetto: disponibilità incarico di sostituzione di Medicina Specialistica Ambulatoriale - art. 36 dell'ACN 31.03.2020 (comunicazione disponibilità entro il 25.09.2023)

I 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 31.03.2020), nella **branca di Oculistica, per n. 38 ore settimanali, anche frazionato, da svolgersi presso il Poliambulatorio di Cagliari**, della ASL Cagliari, fino al rientro del titolare assente, ai sensi dall'ACN 2020, nei seguenti giorni e orari, indicando nell'ambito degli stessi, la propria disponibilità oraria:

GIORNI	MATTINA	Disponibilità n° ore	POMERIGGIO	Disponibilità n° ore
LUNEDI'	7.30 – 14.30		15.00 – 18.00	
MARTEDI'	7.30 – 14.30			
MERCOLEDI'	7.30 – 14.30			
GIOVEDI'	7.30 – 14.30			
VENERDI'	7.30 – 14.30			

N.B. all'interno di questa articolazione oraria sono possibili variazioni da concordare con il Responsabile del Poliambulatorio di Cagliari.

- 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 iscritto/a nella graduatoria definitiva 2023, per la specialistica ambulatoriale, nell'ambito del Comitato Consultivo Zonale di Cagliari, nella branca di _____;
- Di essere titolare di incarico di Medicina Specialistica Ambulatoriale, presso la ASL Cagliari, con numero di ore complessive (compresi altri incarichi di specialistica ambulatoriale presso altre ASL) pari a n° _____ ore settimanali – Anzianità di servizio dal _____
Delibera n° _____ del _____ ASL _____;

Data _____

Firma
