

Al Direttore S.C. Medicina Convenzionata

**Oggetto: ASL Sassari - Disponibilità incarico di sostituzione di Medicina Specialistica Ambulatoriale
branca Odontoiatria - art. 36 dell'ACN 31.03.2020. Avviso del 12/01/2024.**

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 2024.
- Titolare a tempo indeterminato di incarico di specialistica ambulatoriale presso la ASL di Sassari 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° ore _____ presso _____
- N° ore _____ presso _____
- N° ore _____ presso _____

della ASL Sassari con decorrenza immediata e fino al rientro del titolare assente, ai sensi dell'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.

Data _____

Firma
