

MODULO DI DOMANDA

Oggetto: disponibilità incarico di sostituzione di Medicina Specialistica Ambulatoriale - art. 36 dell'ACN 31.03.2020 (comunicazione disponibilità entro il 14.02.2024)

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 Endocrinologia, per n. 8,30 ore settimanali, ambulatoriali, anche frazionato, da svolgersi per la S.C. Endocrinologia Territoriale, della ASL Cagliari**, con decorrenza dal 15.02.2024 e fino al rientro del titolare assente, come di seguito riportato:

GIORNI	ORARIO MATTINA	ORARIO POMERIGGIO
GIOVEDI'	08.00 – 14.00	15.30 – 18.00

- 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 2024, per la specialistica ambulatoriale, nell'ambito del Comitato Consultivo Zonale di Cagliari, nella branca di _____;
- Di essere iscritto all'Albo dei Medici e Chirurghi di _____ e di non essere sospeso dall'Albo stesso;
- 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
