

MODULO DI DOMANDA

Oggetto: disponibilità incarico di sostituzione di Medicina Specialistica Ambulatoriale - art. 36 dell'ACN 31.03.2020 (comunicazione disponibilità entro il 05.02.2024)

1 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 Urologia**, per **n. 13 ore settimanali, ambulatoriali, anche frazionato, di cui n. 8 ore da svolgersi presso il Poliambulatorio di Sanluri e n. 5 ore da svolgersi il Poliambulatorio di Guspini, della ASL Medio Campidano**, con decorrenza dal 07.02.2024 al 10.03.2024 e comunque fino al rientro del titolare assente, nei seguenti giorni e orari, indicando nell'ambito degli stessi, la propria disponibilità oraria:

GIORNI	MATTINA	Disponibilità n° ore	POMERIGGIO	Disponibilità n° ore
LUNEDI'				
MARTEDI'				
MERCOLEDI'	Poliambulatorio di Guspini 09.00-14.00		Poliambulatorio di Sanluri 15.00-19.00	
GIOVEDI'			Poliambulatorio di Sanluri 14.30-18.30	
VENERDI'				

- 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 Medio Campidano, 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
