

MODULO DI DOMANDA

Oggetto: ASL Cagliari - disponibilità incarico di sostituzione di Medicina Specialistica Ambulatoriale - art. 36 dell'ACN 31.03.2020 (comunicazione disponibilità entro e non oltre le ore 12.00 del 05.04.2024)

Il 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 Allergologia, per n. 12 ore settimanali, ambulatoriali, anche frazionato**, di cui n. 4 ore presso il Poliambulatorio di Cagliari, n. 5 ore presso il Poliambulatorio di Decimomannu e n. 3 ore presso il Poliambulatorio di Selargius, della ASL Cagliari, con decorrenza dal 08.04.2024 al 24.04.2024 e in ogni caso fino al rientro del titolare assente, come di seguito riportato:

GIORNI	SEDE	ORARIO SETTIMANALE
Lunedì	Poliambulatorio di Decimomannu	08.00 – 13.00
Martedì	Poliambulatorio di Selargius	15.00 – 18.00
Giovedì	Poliambulatorio di Cagliari	15.00 – 19.00

- 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 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
