

**MODULO DI DOMANDA**

**Oggetto: ASL Cagliari - disponibilità incarico di sostituzione di Medicina Specialistica Ambulatoriale - art. 36 dell'ACN 04.04.2024 (comunicazione disponibilità entro e non oltre il 28.06.2024)**

\_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**

(barrare le caselle)

- di dare la **disponibilità all'incarico di sostituzione** (art. 36 dell'ACN 04.04.2024), nella branca di Odontoiatria, per n. 17 ore settimanali, ambulatoriali, presso il Poliambulatorio di Cagliari, della ASL Cagliari, con decorrenza **dal 03.07.2024 fino al rientro del titolare assente**, come di seguito riportato:

GIORNI	SEDE	ORARIO SETTIMANALE
Mercoledì pomeriggio	Poliambulatorio di Cagliari	Da concordare
Giovedì mattina		
Venerdì mattina		

- Di prendere atto che l'incarico di sostituzione sarà regolamentato dall'ACN 04.04.2024 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 04.04.2024;
- 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 (art. 19 c. 10 e/o c. 12 ACN 2024) nella branca di \_\_\_\_\_;
- Di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di \_\_\_\_\_ e di non essere sospeso dall'Albo stesso;
- Di essere Medico specialista nella branca di \_\_\_\_\_, di aver conseguito il titolo di Laurea in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ e il titolo di specializzazione in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_