

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 30/12/2024 ore 08,00)

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 04.04.2024), nella **branca di Patologia Clinica, per n. 38 ore settimanali, ambulatoriali, anche frazionate**, presso il Laboratorio Analisi del P.O. di Isili, della ASL Cagliari, con decorrenza **dal 06.01.2025 al 26.01.2025** e in ogni caso fino al rientro del titolare assente, dal lunedì al sabato, con un riposo infrasettimanali qualora venga svolto servizio nella giornata di sabato, come di seguito riportato:

SEDE	GIORNI	ORARIO SETTIMANALE	note
Laboratorio Analisi del P.O. di Isili	Lunedì	08.00 – 15.36	-
	Martedì	08.00 – 15.36	-
	Mercoledì	12.24 – 20.00	-
	Giovedì	12.24 – 20.00	-
	Venerdì	12.24 – 20.00	-
	Sabato	12.24 – 20.00	con riposo infrasettimanale qualora sia svolto servizio nella giornata di sabato

**N.B: Il suddetto orario potrà subire variazioni in base alle esigenze del servizio.
Nono sono previsti turni notturni.
Nessuna reperibilità domenica e festivi.**

- 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 in possesso della specializzazione in _____, di aver conseguito il titolo di specializzazione in data _____ e il titolo di Laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ presso _____;

Data _____

Firma _____