

**MODULO DI DOMANDA**

**Oggetto: ASL Medio Campidano - disponibilità incarico di sostituzione di Medicina Specialistica Ambulatoriale - art. 36 dell'ACN 04.04.2024 (comunicazione disponibilità entro e non oltre le ore 10.00 del 18.04.2024)**

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**

*(barrare le caselle)*

- di dare la **disponibilità all'incarico di sostituzione** (art. 36 dell'ACN 04.04.2024), per n. 29 ore settimanali, ambulatoriali, nella branca di Endocrinologia, con esecuzione di ecografie della tiroide, da svolgersi presso il Poliambulatorio di Guspini, della ASL Medio Campidano, con decorrenza dal 22.04.2024 al 20.05.2024 e comunque fino al rientro del titolare assente, come di seguito riportato:

GIORNI	SEDE	ORARIO SETTIMANALE	PARTICOLARI COMPETENZE
Lunedì	Poliambulatorio di Guspini	08.00 – 14.00 14.30 – 17.30	esecuzione di ecografie della tiroide
Martedì	Poliambulatorio di Guspini	08.30 – 14.00 15.00 – 17.30	
Mercoledì	Poliambulatorio di Guspini	08.30 – 13.30 15.00 – 17.00	
Giovedì	---	---	
Venerdì	Poliambulatorio di Guspini	08.30 – 13.30	

- 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 \_\_\_\_\_