

**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 le ore 12.00 del 12.04.2024)**

\_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 Oculistica, per n. 31 ore settimanali, ambulatoriali, di cui n. 12,5 ore presso il Poliambulatorio di Selargius, n. 15,5 ore presso il Poliambulatorio di Quartu e n. 3 ore presso il Poliambulatorio di Monastir, della ASL Cagliari, con decorrenza dal 15.04.2024 fino al rientro del titolare assente, come di seguito riportato:

<b>GIORNI</b>	<b>SEDE</b>	<b>ORARIO SETTIMANALE</b>
Lunedì	Poliambulatorio di Selargius	07.30 – 13.30
Martedì	Poliambulatorio di Quartu S.E.	07.30 – 14.00 14.30 – 17.30
Mercoledì	Poliambulatorio di Monastir	10.30 – 13.30
Giovedì	Poliambulatorio di Selargius	07.30 – 14.00
Venerdì	Poliambulatorio di Quartu S.E.	07.30 – 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 \_\_\_\_\_