

MODULO DI DOMANDA

Oggetto: ASL Sassari - 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 06.08.2024)

1 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. 16 ore settimanali, ambulatoriali, nella branca di Odontoiatria da svolgersi presso la C.C. Bancali, della ASL Sassari, con decorrenza immediata e fino al rientro del titolare assente, come di seguito riportato:

GIORNI	SEDE	ORARIO SETTIMANALE	NOTE
Lunedì	C.C. Bancali	08.00 – 14.00	
Martedì	---	---	
Mercoledì	C.C. Bancali	13.00 – 17.00	
Giovedì	---	---	
Venerdì	C.C. Bancali	08.00 – 14.00	

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 Sassari (art. 19 c. 10 e/o c. 12 ACN 2024) nella branca di _____;

Di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri 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 _____