

Alla ARES SARDEGNA
S.C. Medicina Convenzionata

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 il 24/02/2025 ore 08,00)**

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

di dare la **disponibilità all'incarico di sostituzione** (art. 36 dell'ACN 04.04.2024), nella **branca di Pneumologia, per n. 27 ore settimanali, ambulatoriali, anche frazionate**, di cui n.8,30 ore settimanali presso la Casa della Salute di Villacidro e n. 18,30 ore settimanali presso il Poliambulatorio di Sanluri, della ASL Medio Campidano, con decorrenza **dal 26.02.2025 al 13.03.2025** e in ogni caso fino al rientro del titolare assente, come di seguito riportato:

| BRANCA | SEDE | GIORNI | ORARIO MATTINA | ORARIO POMERIGGIO |
|-------------|---------------------------------|----------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| PNEUMOLOGIA | Casa della Salute di Villacidro | Lunedì | 09.00 – 14.00 | 14.30 – 18.00 |
| | Poliambulatorio di Sanluri | Mercoledì Giovedì | 08.30 – 14.00 08.00 – 12.30 | 14.30 – 18.30 14.00 – 18.30 |

- 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 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 _____