

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 23.59 del 13.02.2025)

Io 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. 27 ore settimanali, ambulatoriali, nella branca di Odontoiatria, da svolgersi presso il Poliambulatorio Ex Conti di Sassari e presso il Poliambulatorio di Alghero, della ASL Sassari, con decorrenza dal 17.02.2025 fino al 11.03.2025 e comunque fino al rientro del titolare assente, come di seguito riportato:

GIORNI	SEDE	ORARIO SETTIMANALE	NOTE
Lunedì	Poliambulatorio di Alghero	07.30 – 13.30	
Martedì	Poliambulatorio di Alghero Poliambulatorio Ex Conti	07.30 – 13.30 14.30 – 17.30	
Mercoledì			
Giovedì	Poliambulatorio di Alghero	07.30 – 13.30	
Venerdì	Poliambulatorio Ex Conti	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 2025, 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 degli 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 _____