

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 il 07.08.2025)

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

di dare la **disponibilità all'incarico di sostituzione** (art. 36 dell'ACN 04.04.2024), nella **branca di Odontoiatria**, per **n. 32 ore settimanali, ambulatoriali, anche frazionate**, presso il Poliambulatorio di Cagliari v. Trieste della ASL Cagliari, con decorrenza **dal 11.08.2025 al 29.08.2025** e in ogni caso fino al rientro del titolare assente, come di seguito riportato:

BRANCA	SEDE	GIORNI	ORARIO MATTINA
ODONTOIATRIA	Poliambulatorio di Cagliari v. Trieste	Lunedì	07:30 – 17:00
		Martedì	07:30 – 17:00
		Mercoledì	07:30 – 14:00
		Venerdì	07:30 – 14:00

- ☐ Di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di _____;
- ☐ Di essere in possesso del titolo di Laurea in Odontoiatria conseguito in data _____ presso _____ e di aver conseguito il titolo di specializzazione in _____ in data _____ presso _____;
- ☐ Di essere iscritto/a nella graduatoria definitiva per la specialistica ambulatoriale, per l'annualità in corso, nell'ambito del Comitato Consultivo Zonale di Cagliari (art. 19 c. 10 e/o c. 12 ACN 2024) nella branca di _____;
- ☐ Non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Specialistica Ambulatoriale ai sensi dell'ACN di settore;
- ☐ 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 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;

Data _____

Firma _____