

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 06/09/2025)**

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 Chirurgia Generale, per n. 16 ore settimanali, ambulatoriali e domiciliari, anche frazionate**, di cui n. 6,00 ore settimanali presso la Casa della Salute di Villacidro e n. 10,00 ore settimanali presso il Poliambulatorio di Guspini, della ASL Medio Campidano, con decorrenza **dal 11.09.2025 per un'assenza superiore ai 20 giorni** e in ogni caso fino al rientro del titolare assente, come di seguito riportato:

BRANCA	SEDE	GIORNI	ORARIO MATTINA	ORARIO POMERIGGIO
CHIRURGIA GENERALE	Casa della Salute di Villacidro	Lunedì	08.00 – 14.00	–
	Poliambulatorio di Guspini	Giovedì	08.00 – 14.00	14.30 – 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 non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di incarichi di specialistica ambulatoriale, ai sensi dell'ACN 2024;
- ☐ 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 _____;
- ☐ Di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di _____;
- ☐ 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 _____