

Alla ARES SARDEGNA
S.C. Medicina Convenzionata

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 il 21.10.2025)

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. 20 ore settimanali, ambulatoriali e domiciliari, nella branca di Dermatologia, di cui n. 10 ore da svolgersi presso il Poliambulatorio di Ozieri, n. 6 ore da svolgersi presso il Poliambulatorio di Bono e n. 4 ore da svolgersi presso il Poliambulatorio di Alghero, della ASL Sassari, con decorrenza dal 28/10/2025 per un'assenza superiore ai venti giorni e comunque fino al rientro del titolare assente, come di seguito riportato:

GIORNI	SEDE	ORARIO SETTIMANALE	NOTE
Lunedì	Poliambulatorio di Alghero	09,00 – 13,00	
Martedì	Poliambulatorio di Ozieri	08,00 – 18,00	
Mercoledì	Poliambulatorio di Bono	08,00 – 14,00	
Giovedì	---	---	
Venerdì	---	---	

- 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 di _____;
- 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