

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 12/01/2026)

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 Urologia, per n. 13 ore settimanali, ambulatoriali, anche frazionate**, di cui n. 5 ore settimanali presso il Poliambulatorio di Guspini e n. 8 ore settimanali presso il Poliambulatorio di Sanluri, della ASL Medio Campidano, con decorrenza **dal 14.01.2026 al 06.02.2026 (compreso)** e in ogni caso fino al rientro del titolare assente, come di seguito riportato:

BRANCA	SEDE	GIORNI	ORARIO MATTINA	ORARIO POMERIGGIO
UROLOGIA	Poliambulatorio di Guspini	Mercoledì	09.00 – 14.00	-
	Poliambulatorio di Sanluri	Mercoledì Giovedì	- -	15.00 – 19.00 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'anno 2026, 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 _____