

Alla ARES SARDEGNA
S.C. Medicina Convenzionata

MODULO DI DOMANDA

Oggetto: ASL Nuoro - disponibilità incarico di sostituzione di Medicina Specialistica Ambulatoriale - art. 36 dell'ACN 04.04.2024 (**comunicazione disponibilità entro e non oltre il 14.01.2026**)

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

(barrare le caselle)

- di dare la **disponibilità all'incarico di sostituzione** (art. 36 dell'ACN 04.04.2024), per n. 38 ore settimanali complessive, ambulatoriali, nella branca di Dermatologia, da svolgersi per n. 12 ore settimanali presso il Poliambulatorio di Siniscola e per n. 26 ore settimanali presso la Casa di Comunità di Nuoro, della ASL Nuoro, con decorrenza dal 19.01.2026 e fino al 31.12.2030 e comunque fino al rientro del titolare assente, come di seguito riportato:

Branca Dermatologia		
SEDE	Ore settimanali	Giorni e orari
Poliambulatorio di Siniscola	n. 12	Da concordare con il Direttore del Distretto di Siniscola
Casa di Comunità "San Francesco" di Nuoro	n. 26	Da concordare con il Direttore del Distretto di Nuoro

- 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 2026, per la specialistica ambulatoriale, nell'ambito del Comitato Consultivo Zonale di Nuoro (art. 19 c. 10 e/o c. 12 ACN 2024) nella branca di _____;**
- Di essere iscritto all'Albo dei Medici e 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 _____