

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 07.02.2026)

__l__ 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. 30 ore settimanali, ambulatoriali, nella branca di Ematologia, da svolgersi presso il Poliambulatorio di Via Tempio di Sassari, della ASL Sassari, con decorrenza dal 09.02.2026 al 09.03.2026 e comunque fino al rientro del titolare assente, come di seguito riportato:

GIORNI	SEDE	ORARIO SETTIMANALE	NOTE
Lunedì	Poliambulatorio di Via Tempio di Sassari	08.00 – 13.30 14.00 – 16.30	
Martedì	Poliambulatorio di Via Tempio di Sassari	08.30 – 13.30	
Mercoledì	Poliambulatorio di Via Tempio di Sassari	08.00 – 13.30 14.00 – 16.30	
Giovedì	Poliambulatorio di Via Tempio di Sassari	08.30 – 13.30	
Venerdì	Poliambulatorio di Via Tempio di Sassari	08.30 – 13.30	

- ☐ 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 essere iscritto/a nella graduatoria definitiva 2026, 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 _____