

MODULO DI DOMANDA

Oggetto: ASL Sassari - disponibilità incarico di sostituzione di Medicina Specialistica Ambulatoriale - art. 36 dell'ACN 05.02.2026 (comunicazione disponibilità entro e non oltre le ore 10,00 del 31/03/2026)

I 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 05.02.2026), per n. 13 ore settimanali, ambulatoriali, nella branca di Oculistica, di cui n. 5 ore da svolgersi presso il Poliambulatorio di Ittiri, n. 1 ora da svolgersi presso il Poliambulatorio di Bonorva e n. 7 ore da svolgersi presso il Poliambulatorio di Via Tempio, della ASL Sassari, con decorrenza dal 02/04/2026 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 Bonorva	08,00 – 09,00	
Lunedì	Poliambulatorio di Ittiri	09,30 – 13,30	
Lunedì	Poliambulatorio di via Tempio - SS	15,00 – 18,30	
Giovedì	Poliambulatorio di via Tempio - SS	15,00 – 18,30	
	---	---	

- Di prendere atto che l'incarico di sostituzione sarà regolamentato dall'ACN 05.02.2026 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 05.02.2026;
- 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 2026) 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 _____