

MODULO DI DOMANDA

Oggetto: ASL Nuoro - disponibilità incarico di sostituzione di Medicina Specialistica Ambulatoriale - art. 36 dell'ACN 05.02.2026 (comunicazione disponibilità entro e non oltre il giorno 25/05/2026)

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

- di dare la **disponibilità all'incarico di sostituzione** (art. 36 dell'ACN 05.02.2026), nella **branca di Dermatologia, per n. 21 ore settimanali, ambulatoriali, anche frazionate, di cui 9 ore presso il Poliambulatorio di Siniscola e 12 ore presso il Poliambulatorio di Orosei, della ASL Nuoro, con decorrenza con decorrenza dal primo giorno utile fino al 19.06.2026** e in ogni caso fino al rientro del titolare assente, come di seguito riportato:

BRANCA	SEDE	GIORNI	ORARIO MATTINA	ORARIO POMERIGGIO
DERMATOLOGIA	Poliambulatorio di Siniscola	Lunedì	08:00-14:00	14:30-17:30
	Poliambulatorio di Orosei	Giovedì	08:00-13:30	14:00-16:30
		Venerdì	08:00-12:00	

- 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 non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di incarichi di specialistica ambulatoriale, ai sensi dell'ACN 2026;
- Di essere iscritto/a nella graduatoria definitiva per la specialistica ambulatoriale, per l'annualità in corso, nell'ambito del Comitato Consultivo Zonale di Nuoro (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 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
