

MODULO DI DOMANDA

Oggetto: ASL Cagliari - disponibilità incarico di sostituzione di Medicina Specialistica Ambulatoriale - art. 36 dell'ACN 05.02.2026 (comunicazione disponibilità entro e non oltre il 07/09/2026 ore 10.00)

Il 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 Diabetologia, per n. 12 ore settimanali, di attività ambulatoriale**, anche frazionate, **di cui n. 6 ore settimanali presso il Poliambulatorio di Decimomannu e n. 6 ore settimanali presso il Poliambulatorio di Siliqua**, della ASL Cagliari, con decorrenza **dal primo giorno utile al 25.09.2026** e in ogni caso fino al rientro del titolare assente, come di seguito riportato:

BRANCA	SEDE	GIORNI	ORARIO MATTINA	ORARIO POMERIGGIO
DIABETOLOGIA	Poliambulatorio di Decimomannu	da concordare	da concordare	da concordare
	Poliambulatorio di Siliqua	Lunedì Mercoledì Venerdì	da concordare	da concordare

- ☐ 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 Cagliari (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 _____