

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 07/11/2026)

__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

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

☐ di dare la **disponibilità all'incarico di sostituzione** (art. 36 dell'ACN 05.02.2026), nella **branca di Dermatologia**, per n. 12 ore settimanali di attività ambulatoriale, presso il Poliambulatorio di Siniscola e per n. 26 ore settimanali di attività ambulatoriale, presso la Casa della Comunità San Francesco, anche frazionate, della ASL Nuoro con decorrenza dal primo giorno utile fino al **31.12.2030** e in ogni caso fino al rientro del titolare assente, come di seguito riportato:

BRANCA	SEDE	N. ORE SETTIMANALI	GIORNI E ORARIO
DERMATOLOGIA	Poliambulatorio di Siniscola		Da concordare con il Distretto
	Casa della Comunità San Francesco di Nuoro		Da concordare con il Distretto

- ☐ **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
