

MODULO DI DOMANDA

Oggetto: ASL Sulcis Iglesiente- disponibilità incarico di sostituzione di Medicina Specialistica Ambulatoriale - art. 36 dell'ACN 04.04.2024 (comunicazione disponibilità entro e non oltre il 13/02/2026)

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 04.04.2024), nella **branca di Cardiologia**, n. 35 ore settimanali, anche frazionate, presso il Poliambulatorio di Carbonia, della ASL Sulcis Iglesiente, con decorrenza **dal 16.02.2026 al 05.03.2026 e in ogni caso, fino al rientro del titolare assente**, come di seguito riportato:

BRANCA	SEDE	ORE DI INCARICO/TIPOLOGIA ATTIVITA'	GIORNI	ORARIO SETTIMANALE
CARDIOLOGIA	Poliambulatorio di Carbonia	35 h settimanali di attività ambulatoriale	lunedì	09.00 – 14.00 15.00 – 19.00
			martedì	09.00 – 14.00 15.00 – 18.00
			mercoledì	09.00 – 14.00
			giovedì	09.00 – 14.00 15.00 – 18.00
			venerdì	09.00 – 14.00

- ☐ 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 Cagliari (art. 19 c. 10 e/o c. 12 ACN 2024) nella branca di _____;
- ☐ Di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Specialistica Ambulatoriale ai sensi dell'ACN di settore;
- ☐ 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 _____