

**MODULO DI DOMANDA**

**Oggetto: ASL Oristano - disponibilità incarico di sostituzione di Medicina Specialistica Ambulatoriale - art. 36 dell'ACN 05.02.2026 (comunicazione disponibilità entro e non oltre il giorno 17/10/2026)**

Il sottoscritto 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 Endocrinologia, per n. 32 ore settimanali, ambulatoriali, da espletarsi presso il Poliambulatorio di Oristano, della ASL Oristano, con decorrenza dal primo giorno utile fino al 12.08.2027** e in ogni caso fino al rientro del titolare assente, come di seguito riportato:

| BRANCA         | SEDE                        | GIORNI  | ORARIO MATTINA | ORARIO POMERIGGIO |
|----------------|-----------------------------|---------|----------------|-------------------|
| Endocrinologia | Poliambulatorio di Oristano | Lunedì  | 08:00-14:00    | 14:30-18:30       |
|                |                             | Martedì | 08:00-14:00    |                   |
|                |                             | Giovedì | 08:00-14:00    | 14:30-18:30       |
|                |                             | Venerdì | 08:00-14:00    |                   |

- ☐ 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 Oristano (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 \_\_\_\_\_