

## COMUNICAZIONE DI AVVENUTA SOSTITUZIONE

(da presentare subito dopo la ripresa dell'attività)

- DI -  MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA  
-  MEDICO PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

ALL'AZIENDA SANITARIA USL \_\_\_\_\_

Struttura \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Titolare sostituito:

Cognome e nome	Codice regionale

Sostituto:

Cognome e nome	Codice regionale

Periodo della sostituzione:

Dal	G	M	A	Al	G	M	A

Tipo di sostituzione:  d'ufficio  volontaria

Motivo dell'assenza:

- malattia  
 infortunio  
 motivi di studio (diversi dai corsi di formazione obbligatori)  
 partecipazione ad iniziative umanitarie  
 recupero psicofisico  
 distacco sindacale (totale ore .....)  
 altro

data .....

Timbro e firma del Titolare

Timbro e firma del Sostituto

## SEGNALAZIONE DI ASSENZA

(da presentare entro il quarto giorno dall'inizio della sostituzione, obbligatoria per assenze superiori a tre giorni)

- DI -  MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA  
-  MEDICO PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

ALL'AZIENDA SANITARIA USL \_\_\_\_\_

Struttura \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Io sottoscritt \_\_\_\_\_ dott. \_\_\_\_\_ codice regionale \_\_\_\_\_

Iscritto nell'ambito territoriale di \_\_\_\_\_  
comunicato \_\_\_\_\_

che mi assenterò dalla mia attività di medico convenzionato per il periodo presunto

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per:

- malattia  
 infortunio  
 motivi di studio (diversi dai corsi di formazione obbligatori)  
 partecipazione ad iniziative umanitarie  
 recupero psicofisico  
 distacco sindacale (totale ore .....)  
 altro

e che verrò sostituito dal dott. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ cod. reg. \_\_\_\_\_

Provincia Ordine d'iscrizione \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
al quale ho comunicato le modalità organizzative della mia attività.

data ..... timbro e firma del titolare

*Il Sottoscritto ..... dichiara di non trovarsi in una situazione di incompatibilità prevista dal vigente Accordo Collettivo Nazionale e che durante la sostituzione verranno rispettate le modalità organizzative, disponibilità strutturale, standard assistenziali e orario di apertura dello studio del medico sostituto, assumendosi le responsabilità professionali inerenti le attività previste dall'Accordo Collettivo Nazionale e dall'Accordo Integrativo Regionale*

data ..... timbro e firma del Sostituto