

Al \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Oggetto: **PARTECIPAZIONE TAVOLI, COMITATI E COMMISSIONI  
ART.16 ACN VIGENTE**

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa \_\_\_\_\_ quale specialista  
ambulatoriale interno, branca \_\_\_\_\_ con incarico a tempo  
indeterminato/determinato per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali presso il presidio di \_\_\_\_\_

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del DPR445/2000 e s.m.i.,e consapevole delle sanzioni penali,nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli  
atti,richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR445/2000,

che il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ - pari a n. ore \_\_\_\_\_

È STATO ASSENTE DAL SERVIZIO PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONE:

- ha partecipato alla riunione del Comitato Regionale riunitosi presso il presidio di \_\_\_\_\_
- ha partecipato alla riunione del Tavolo \_\_\_\_\_
- ha partecipato alla commissione/riunione \_\_\_\_\_  
riunitasi presso il presidio di \_\_\_\_\_
- ha partecipato alla riunione permanente/audit \_\_\_\_\_  
riunitasi presso il presidio di \_\_\_\_\_
- ha usufruito del distacco sindacale (autocertificazione allegata).

che per l'assenza dovuta alla suddetta partecipazione:

- non è stata disposta la sua sostituzione
- è stata disposta la sua sostituzione assicurata dal/dalla dr./dr.ssa \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_, il/la quale è in possesso di idonea specializzazione.

data \_\_\_\_\_

firma dello specialista \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

Visto (\*)

timbro e firma del responsabile dell'attività \_\_\_\_\_

(\*) Non previsto in caso di distacco sindacale