

SEGNALAZIONE DI ASSENZA

(da comunicare all'Azienda per assenze superiori a tre giorni)

Medico del ruolo unico di Assistenza Primaria

- A CICLO DI SCELTA
- A RAPPORTO ORARIO

- PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

All'Azienda Sanitaria USL TOSCANA CENTRO

Assistenza primaria - mail sostituzioni.mmg@uslcentro.toscana.it

Pediatria - mail sostituzioni.pls@uslcentro.toscana.it

Io sottoscritto/a dott. _____ codice regionale _____

Iscritto nell'ambito territoriale di _____

comunico

che mi assenterò dalla mia attività di medico convenzionato dal _____ al _____
periodo preventivamente comunicato gli assistiti e il coordinatore di AFT

per il periodo sopra riportato richiedo la **sospensione dell'incarico** (previa autorizzazione dell'Azienda) per:

servizio prestato all'estero - *art.22/ap e 21/ped comma 1) lettera c)*

frequenza dottorato di ricerca - *art.22/ap e 21/ped comma 1) lettera e)*

per il periodo sopra riportato richiedo la **sospensione dell'attività** per:

malattia Infortunio maternità

ristoro psico-fisico - *art.22/ap e 21/ped comma 6 max 30 gg lavorativi nell'arco di un anno*

documentati motivi assistenziali nei riguardi di un familiare con gravi motivi di salute (**AP:** *art.22 comma 2 lettera b) massimo 3 giorni/turni al mese; **PED:** art.21 comma 2 lettera b) 30 giorni all'anno)*

incarico di Direttore di Distretto o altro incarico organizzativo o di dirigenza - *art.22/ap e 21/ped comma 2) lettera c) -da comunicare all'Azienda con un preavviso min di 15 giorni*

partecipazione ad iniziative umanitarie o di solidarietà - *art.22/ap e 21/ped comma 2 lettera d) - da richiedere all'Azienda 30 giorni prima dell'evento*

- partecipazione a corsi di formazione (diversi dai corsi di formazione obbligatori) - art.22/ap e 21/ped comma 2 lettera e) - da richiedere all'Azienda 30 giorni prima dell'evento

 - partecipazione a corsi di formazione obbligatoria - art.26/ap e 25/ped

 - espletare un mandato istituzionale ai sensi dell'art. 23/22 comma 1
-

per il periodo sopra riportato richiedo la **sospensione parziale dell'attività** - art. 22/ap e 21/ped comma 3 (il medico a ciclo di scelta /pediatra deve indicare modalità e percentuale di sostituzione nelle note) per:

- allattamento o assistenza a neonati entro i primi 12 mesi di vita
- adozione o affido di minore nei primi 12 mesi dell'adozione o affido
- assistenza a minori conviventi non autosufficienti
- assistenza a familiari, anche temporaneamente conviventi, con inabilità totale e titolari di indennità di accompagnamento

Note _____

Previsto solo per i medici del ruolo unico di assistenza primaria:

- Altro specificare: _____ (previo parere dell'Azienda, sentito il Comitato Aziendale – art. 22 comma 13)

e che verrà sostituito dal dott. _____ codice regionale _____
al quale ho comunicato le modalità organizzative della mia attività.

data

timbro e firma del titolare

Il sottoscritto Dott....., non essendo titolare di incarico, 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 sostituito, assumendosi le responsabilità professionali inerenti le attività previste dall'Accordo Collettivo Nazionale e dall'Accordo Integrativo Regionale

data

timbro e firma del Sostituto