

# COMUNICAZIONE DI AVVENUTA SOSTITUZIONE

(da comunicare all'Azienda alla fine di ogni mese)

**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](mailto:sostituzioni.mmg@uslcentro.toscana.it)

Pediatria - mail [sostituzioni.pls@uslcentro.toscana.it](mailto:sostituzioni.pls@uslcentro.toscana.it)

Titolare sostituito:

Cognome e nome	Codice regionale

Medico sostituto:

Cognome e nome	Codice regionale

**Periodo della sostituzione:**

<b>Dal</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>A</b>	<b>Al</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>A</b>

**Tipo di sostituzione:**     preventivamente autorizzata dall'Azienda     volontaria

**Motivo dell'assenza:**    vedi segnalazione inviata il \_\_\_\_\_

data .....

**timbro e firma del Titolare**

**timbro e firma del Sostituto**